六经辨证与方技新析

王伯章著

广东科技出版社



VISIT…

LANZAROTE Caliente.com

六经辨证与方技新析

王伯章　著

北京中医药大学
图书馆

广　东　科　技　出　版　社

1234352

粤新登字 04 号

内容简介

张仲景的学说是每个中医临床家学识深厚的渊源，初学中医者的阶梯，中医研究者必欲参考的内容；因为伤寒论创立的六经证治体系是中医辨证论治的始祖与基本法则，时至今日仍屡验不鲜。而它触及的理论问题又是千古疑难，也是中医现代化不可回避的、有意义、有价值的课题。作者从师于名医，临床十多年，攻读伤寒论硕士研究生毕业后研究又逾十年，为此书著述垫定了坚实、深厚的理论与实践基础。本书从理论上以现代科学的语言予以创新而不离宗的阐释，从实践上剖析阐述仲景方技，从而完成对六经证与治体系均作了深入浅出的解答，是雅俗共偿的好书。可供临床、科研、教学参考之用。

六经辨证与方技新析

王佰章 著

出版发行：广东科技出版社
（广州市环市东路水荫路11号）
印　　刷：广东省湛江市人民印刷总厂
规　　格：787×1092　1/32
6.75印张　134千字数
版　　次：1994年4月　第1版
1994年4月　第1次印刷
印　　数：1－3000册
ISBN7－5359－1213－3/R・221
定　　价：5.20元

序

张仲景著《伤寒杂病论》，以"医经"家的理论整理"经方"家的有效方药，创辨证论治之先河，其功甚伟，故后世医家尊之为——医圣。

王伯章副教授，寝馈于仲景之学二十多年，是我院第二届伤寒论医著硕士研究生。对《伤寒论》的研究有较深的造诣。1993年6月在广东省中医药学会仲景学说专业委员会成立大会上，出示其近著《六经辨证与方技新析》书稿并索序于余。读后深觉是书乃一本有独立见解与心得体会之佳作。在理论上对有关六经及其疑难问题，以现代科学的观点与语言加以阐述，使人有耳目一新之感。在实践上，除了实际经验以验证仲景学说外，本书第三章（仲景方技要义新释）更是作者心得体会之结晶，比之前人的《伤寒类方》更为实用好用，是学习仲景学说及研究仲景学说的不可多得的参考书。故乐为之序。

中国中医药学会常务理事
中国中医药学会中医理论整理
研究委员会副主任委员
广州中医学院教授　　　　邓铁涛

1994年春于广州中医学院

前　　言

医圣张仲景为中医临床学殿堂垫基立架，主要是它的六经辨证体系为辨证论治开创了先河，一直有效指导后世临床医疗实践用药；且它的方技经得起千年锤炼，古方今用历验不鲜。另一方面，六经辨证的本质与范围所触及的理论问题，又是历代学者争论不休的题目，更是当今中医现代化研究不可回避的有意义有价值的命题。自古说："仲景垂妙于订方。"仲景方技更是后世景仰钦佩的典范，以方类证更是近代以降实用注家的潮流，它是临床医家学识的根基，故每是初学中医者，研究中医者必欲致力钻研的课题。

余幼承庭训，启蒙时即在先父王挚峰指点下背诵陈修园的《伤寒歌括》、《金匮歌括》。学成行医十一年，攻读研究生。毕业后在广东医学院医、教、研十载，深感医圣张仲景六经辨证的理论与证治形成的体系，是对人体科学基本结构的重大贡献，但长期以来蒙垢，如庐山之与云雾长存。笔者意欲借今之骄阳拨开云雾以刻划出庐山真面目，借现代新知刮垢磨光以还它人体科学固有的本质。遂参照伟大科学家爱恩斯坦所说："根据原始论文来追踪理论的形成过程，却始终具有一种特殊的魅力……往往对于实质提供一种更深刻的理解。"从标本中气学说与六经辨证的理论形成过程进行剖析疑难，力求破译千古玄奥，对争议点旁证博引、独立思考。对比剖析《伤寒》、《金匮》方技要义，尽量以现代语言加以表述。孜孜以求，十年

稿成，名曰"新析"。此书付梓刊行，希望在中医现代化的大潮中有所表示，有所奉献。唯笔者水平有限，挂一漏万在所难免，谨期抛砖引玉；倘有不吝赐教，对拙作批评指正，是本人的殷切期望。若对读者有所裨益，则著者荣幸甚矣！本书付梓过程中承蒙马伟鹏等先生赞助，值此鸣谢！

王伯章

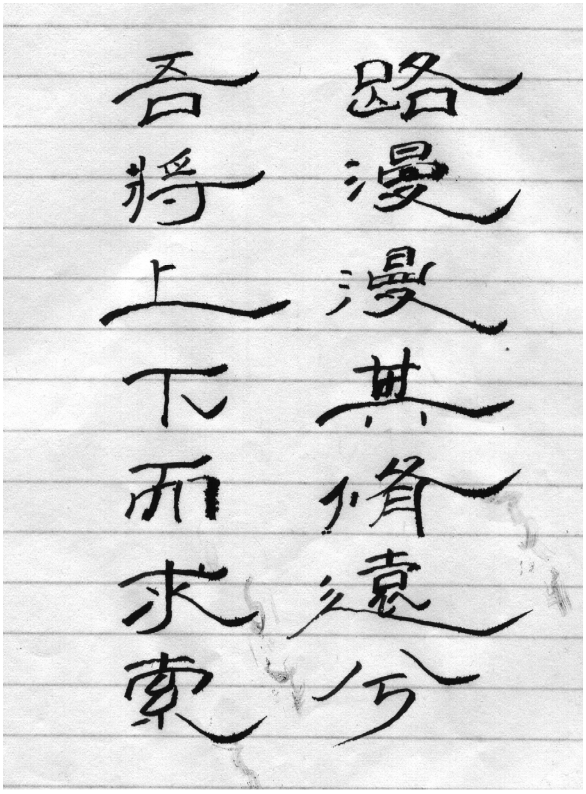
1994年春　于广东医学院

目的：为了我们的中医事业奉献自己的一份力量！

制作：伤寒论坛国医整理区

网址：http://www.shanghan.net/index.php?

会员 t88t88 制作



注明：版权归原作者及发布者所有

注明：本 t88t88 的制作纯属个人兴趣绝无商业行为！

目　录

导言与六经辨证提纲若干原文

导言 ………………………………………………………… (1)
六经辨证提纲若干原文 ………………………………… (4)

六经辨证新析

第一章　六经辨证本义总论 ………………………… (6)
第一节　六经辨证的由来 ………………………………… (6)
第二节　阴阳层次的功能 ………………………………… (9)
一、阴阳层次 ……………………………………………… (9)
二、三阴三阳层次 ……………………………………… (10)
第三节　六经辨证系统研究的若干问题 ……………… (11)
第二章　六经辨证系统本义各论 ……………………… (14)
第一节　太阳与太阳病 ………………………………… (14)
一　太阳的涵义与作用 ………………………………… (14)
二、太阳的生理 ………………………………………… (16)
(一)太阳阳气的来源与功能 ………………………… (16)
(二)太阳的水津调燮与代谢 ………………………… (18)
(三)太阳与气府的联系与影响 ……………………… (19)
三、太阳病的病因 ……………………………………… (20)
四、太阳病病机 ………………………………………… (21)
(一)遏伤表阳卫外与温养功能 ……………………… (22)

(二)温伤水津调燮功能 …………………………………… (23)
五、太阳病变证…………………………………………… (28)
六、太阳病义与临床应用………………………………… (29)
第二节　阳明与阳明病 …………………………………… (38)
一、阳明的涵义与作用…………………………………… (38)
二、阳明的生理…………………………………………… (39)
三、阳明病病机…………………………………………… (40)
(一)耐热的有效调燮功能紊乱 ………………………… (40)
(二)阴液调燮机能损伤的发展 ………………………… (41)
四、阳明病相关证………………………………………… (42)
五、阳明病义与临床应用………………………………… (43)
第三节　少阳与少阳病 …………………………………… (47)
一、少阳的涵义与作用…………………………………… (47)
二、少阳的生理…………………………………………… (47)
(一)阳气的来源与功能 ………………………………… (47)
(二)津液的调燮与代谢 ………………………………… (48)
三、少阳病病机…………………………………………… (49)
(一)阳气枢转不利、寒热整合调燮紊乱 ……………… (49)
(二)气液不枢、游火上炎………………………………… (50)
四、少阳病兼证…………………………………………… (50)
五、少阳病义与临床应用………………………………… (50)
第四节　三阳小结 ………………………………………… (53)
第五节　太阴与太阴病 …………………………………… (54)
一、太阴的涵义与作用…………………………………… (54)
二、太阴的生理…………………………………………… (55)
三、太阴病病机——寒凝湿聚于内……………………… (55)

四、太阴病义与临床应用……………………………（56）
第六节　少阴与少阴病 ……………………………（57）
一、少阴的涵义与作用……………………………（57）
二、少阴的生理机能………………………………（58）
三、少阴病病机……………………………………（58）
（一）心肾元气耗伤 ……………………………（59）
（二）寒常伤肾阳，热先耗心阴 ………………（59）
四、少阴病义与临床应用…………………………（61）
第七节　厥阴与厥阴病 ……………………………（64）
一、厥阴的涵义与作用……………………………（64）
二、厥阴的生理……………………………………（64）
三、厥阴病病机……………………………………（65）
（一）寒遏厥阴，气火郁阻………………………（65）
（二）营血异循，相火勃发………………………（66）
四、厥阴病相关证…………………………………（67）
五、厥阴病义与临床应用…………………………（70）
第八节　三阴小结 …………………………………（71）
第九节　六病总结与质疑汇释 ……………………（72）
一、六病总结 ………………………………………（72）
二、质疑汇释 ………………………………………（74）
（一）日传一经与病愈日，
欲解时释疑 ………………………………………（74）
（二）标本中气释疑 ………………………………（76）
（三）古方今用释疑 ………………………………（81）
第十节　六经辨证医案选介与简析 ………………（82）
一、太阳证发热……………………………………（82）

二、太阳证喘嗽……………………………………(84)
三、太阳证历节病……………………………………(86)
四、太阳阳明证泄泻(过敏性结肠炎)…………(88)
五、阳明证膨胀……………………………………(90)
六、太阳少阳证胁痛(慢性肝炎、早期肝硬化)…(91)
七、太阴证水肿……………………………………(93)
八、太阴少阴证睑废(重症肌无力眼肌型)………(95)
九、太阳少阴证头痛………………………………(97)
十、少阴证虚损……………………………………(98)
十一、少阴真寒假热(高热)……………………(100)
十二、厥阴证肠澼(急性痢疾)…………………(102)
十三、厥阴证寒痹(坐骨神经痛)………………(103)

方技新析

第三章 仲景方技要义新析……………………(106)
第一节 组方配伍……………………………………(106)
一、姜枣草基础配方方证…………………………(106)
二、桂枝配方方证…………………………………(110)
三、麻黄配方方证…………………………………(111)
四、栀子配方方证…………………………………(112)
五、石膏配方方证…………………………………(113)
六、芩连配方方证…………………………………(113)
七、姜附配方方证…………………………………(114)
八、当归配方方证…………………………………(116)
九、麦冬配方方证…………………………………(116)
十、阿胶配方方证…………………………………(117)

十一、逆下配方方证 …………………………………… (117)
十二、混合交叉方 ……………………………………… (118)
十三、其他方证 ………………………………………… (119)
第二节　剂型与煎服药法…………………………………… (120)
一、剂型选择 …………………………………………… (121)
二、溶剂选择 …………………………………………… (122)
三、煎法选择 …………………………………………… (123)
四、服药法选择 ………………………………………… (125)
第三节　经方活用举隅…………………………………… (127)
一、麻黄杏仁薏苡甘草汤活用证治 ……………… (127)
二、小柴胡汤加减治疗肾绞痛 ………………………… (130)
三、桂枝加黄耆汤加味退阴黄 ………………………… (132)
四、麦门冬汤加味治疗妊娠恶阻 ……………………… (133)
五、附子泻心汤治疗热厥下利 ………………………… (134)
六、五苓散加知柏治疗前列腺炎癃闭 ……………… (135)
七、胶艾汤治疗阴痛 …………………………………… (136)
八、麻黄附子细辛汤治阳萎 …………………………… (136)
九、麻杏石甘汤合五苓散治肺心心衰浮肿 ……… (137)
十、千金苇茎汤合甘桔汤治
疗风湿性心脏病咯血…………………………………… (138)
十一、芍药甘草汤加味治疗术后肠粘连 ………… (138)
十二、干姜黄芩黄连人参汤治
胃肠菌群紊乱呕利 ……………… (139)

附　篇

第四章　六经辨证系统的基点 ……………… (141)

第一节 脏象学说的本源 ……………………………… (141)
一、"天人相应"的客观途径 ……………………… (142)
二、脏象经络的本源 ……………………………… (144)
三、阴阳八卦五行问题 …………………………… (146)
第二节 阴阳学说的核心——质能态交变律 …… (152)
一、日、月与阴阳之义 …………………………… (152)
二、日、月运行与天地质能态交变 ……………… (153)
(一)阴阳对立——天地质能态存在的普遍形式 ……… (154)
(二)阴阳之道与阴阳协调——质能态交变的条件与稳态 (154)
(三)阳主阴从——能量传递态 …………………… (155)
(四)寒热、明暗、动静、升降——能态高下的转换 …… (155)
(五)阴阳互根、消长、转化——质能态交变律 ……… (155)
(六)阳刚阴柔——质能态的形象化 ……………… (155)
(七)天地质能态与时空 …………………………… (156)
三、中医学阴阳说的质能态交变律 ……………… (156)
(一)生理上的质能态交变律 ……………………… (157)
(二)病理上的质能态交变律 ……………………… (157)
(三)治疗——质能态交变的调燮 ………………… (159)
(四)讨论 ………………………………………… (159)
第三节 三阴三阳生物源流 …………………… (161)
第五章 六经辨证系统的外延 ………… (166)
第一节 太阳表证的本质假说 ………………… (166)
一、从历史概念集合看太阳之表的机能 ………… (166)
二、从组织层次机能对照太阳的机能 …………… (168)
三、太阳表证本质的假说 ………………………… (170)
四、讨论 ………………………………………… (171)

第二节　外感热病统一辨证提纲浅议……………… (173)
第三节　五行象数模式与脏象功能
新义的假说………………………………… (178)
一、生理调节五行模式 ……………………………… (178)
二、细胞的五行象数模式 ………………………… (180)
三、生物物质代谢的五行象数模式 ……………… (181)
四、天人五行象数相应的脏象新模式 …………… (184)

导言与六经辨证提纲若干原文

导　言

《伤寒论》六经辨证的创立，宣告了中医临床医学的奠基与辨证论治思想原则的确立。因此，人们要研究中医学的辨证论治，常从《伤寒论》入手。而研究《伤寒论》的辨证，也必然要从大处着眼，首先要研究六经辨证的内涵与本质，不能只把《伤寒论》仅作方剂学来学习。由于六经辨证是最早创立的对外感热病辨证论治法则，千多年来，它一直指导着医家们的医疗实践，并在它的基础上发展、丰富与完善中医辨证论治的思想理论体系。另一方面，六经辨证的本质与应用范围又一直是历代学者争鸣的题目，尤其是温病学派崛起以来就从未休止过。直至当前，国内对寒温辨证统一提纲的讨论，也不可避免地触及到这一问题的实质。回顾关于六经辨证的实质讨论，归纳起来大致有如下几种认识与见解：

1. 六经辨证就是经络及其脏腑。从宋·成无已的《注解伤寒论》，朱肱的《类证活人书》及至当今，这一论点一直得到医界的确认。

2. 认为六经犹言"六部"，明·方有执《伤寒论条辨》就

是这一观点。清·柯琴《伤寒论翼》认为六经是“经界”，犹如“地面”。与方氏观点基本一致。

3. 认为六经只是把伤寒病分成六大“症候群”，“假以标表里寒热虚实”之称呼。近代如陆渊雷、恽铁樵等衷中参西派多持这一观点。

4. 认为“六经”是疾病的“六个阶段”。徐荣斋《通俗伤寒论》即此观点，并强调“只应领会其精神，其实质不可拘泥”。

5. 认为六经辨证应与《内经》标本中气学说贯通理解。如清·高世栻、张隐庵、陈修园等则是倡导这种气化学说的代表。如高·张氏《伤寒论集注》指出：“三阴三阳，谓之六气。天有此六气，人亦有此六气。无病则六气运行，上合于天。外感风寒，则邪伤正，始则气与气相感，继则从气而入于经。世医不明经气，言太阳便曰膀胱，言阳明便曰胃，言少阳便曰胆，迹其有形，亡乎无形。”此种见解，较难理解，终是曲高和寡。

6. 当代的“六经非经论”。当前国内同道已普遍认识到六经辨证非指经络，而是经络、脏腑阴阳气化学说的综合。刘渡舟教授的《伤寒论十四讲》、姜春华教授的《伤寒论识义》均属此杰出的代表。如姜老说：“作者融合《内经》全部阴阳概念，包括了表里、寒热、虚实、经络脏腑营卫气血、邪正消长等，成为一个多种概念的高度综合体。”这一深刻的见解令人不能不佩服。另一方面，这一“高度综合体”的由来、结构与本质则未见充分展开阐明，并有“厥阴名存实亡”之说。另外，当代也还有人对通过以《内经》来研究《伤寒论》持不同意见，也有人以八纲的分析来归纳六经辨证等。

上述种种见解，笔者在学习与研究的过程中，觉得各种见解都各有道理，并几陷于无所适从的境地。故而决心穷源溯流。考虑到在中医学的理论体系的形成过程中，阴阳五行学说原本是自然哲学，脏象经络学说才是医学。但阴阳学说与医学的脏象经络学说与临床证治有机结合起来后，三阴三阳辨证便是第一个结合点。张仲景的六经辨证提纲的提出就宣告了此理论与医疗临床实践结合产生的第一个里程碑。于是，以《伤寒论》六经辨证为基点，又深透学习《内经》，尤其七篇大论的有关论述，比较、对照两者相吻合的共同点。在这一过程中发现，《内经》的标本中气学说有它很深刻的含义。它实质上揭示了三阴三阳辨证的病理生理主要倾向，通过它较能深入认识六经辨证的本质，并阐明各种不同见解的真理性与片面性或模糊性。再者，六经辨证提纲作为千多年来指导实践的客观存在，必有它客观存在的病理生理基础。有此基础，则必有其形成的过程。本书便从这一认识作基本出发点，展开对六经辨证的本义、本源、基点与外延等问题进行讨论与探索，并作为探讨人体科学的基本结构的突破口之一。

人们还常把《伤寒》、《金匮》之方作方剂学来学习运用。要知道，方技的核心，全在组方配伍与煎服药法及其活用。笔者学习的一得之见，也于此供读者参考。

六经辨证提纲原文

太阳之为病，脉浮、头项强痛而恶寒。(1)

太阳病，发热、汗出、恶风、脉缓者，名为中风。(2)

太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛、呕逆、脉阴阳俱紧者，名为伤寒。(3)

阳明之为病，胃家实是也。(180)

问曰：阳明病外证云何？答曰：身热、汗自出、不恶寒反恶热也。(182)

伤寒三日，阳明脉大。(186)

少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。(263)

伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞鞕，或心下悸，小便不利，或不渴、身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。(96)

太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结鞕。(273)

少阴之为病，脉微细，但欲寐也。(281)

少阴病，得之二三日，口燥咽干者，急下之，宜大承气汤。(320)

厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止。(326)

凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷者

是也。(337)

伤寒一二日至四五日，厥者必发热。前热者，后必厥。厥深者热亦深，厥微者热亦微。厥应下之，而反发汗者，必口伤烂赤。(335)

伤寒病，厥五日，热亦五日。设六日，当复厥，不厥者自愈。厥终不过五日，以热五日，故知自愈。(336)

六经辨证新析

第一章　六经辨证本义总论

六经辨证是中医的重要辨证论治法则之一，在实践上虽已广为人们所运用，但应用的范围及其本质，尚一直是历代学者争鸣的题目。可谓见仁见智，而又瑕瑜互见，终未能尽满人意。尤其对六经病的本来意义，如何阐述清楚，让人们易于认识与运用，尚待探讨。因而不揣浅陋，试图穷源溯流，以期获得较明晰的理解，故以下各节提出笔者的管见。

第一节　六经辨证的由来

六经辨证系统起源于《素问·热论》早已广为人知。但是，既然《黄帝内经》（简称《内经》，下同）早已有完整的脏象经络学说、病因学说等作为辨证依据，为何还另立此六经辨证作为外感热病的提纲呢？对此，不少人尚不在意。深究起来，不能不说这与《内经》的天人相应学说有关。古人

很早就认识到人与天地相应的自然规律，而这种相应主要是阴阳消长的相应规律。如《素问·天元纪大论》说："寒暑燥湿风火，天之阴阳也，三阴三阳上奉之；木火土金水火，地之阴阳也，生长化收藏下应之。"这说明人类必须适应天上的六气环境与地上五行环境才能生存。对五行物质环境是以"生长化收藏下应之"，对六气环境"三阴三阳上奉之"。奉者，遵循之意。换言之，人体对外界物质环境必须调节自身机体的新陈代谢系统以适应它。而对外界六气的气候（或理化）环境，是通过调节自身的三阴三阳去遵循，适应它的。这样才能求得人体内外气机交通的相对稳态。这种气机交通，既包括口鼻，又包括皮毛玄府的气机交通。叫做"气相得则和，不相得则病"（《素问·五运行大论》）。不相得意味着稳态的破坏，就会产生疾病。这种疾病必然是六气外感疾病，也自然以三阴三阳系统辨证，或叫六经辨证。而《素问·热论》就是六经辨证的雏型，并主要是从经络及其循行来阐明疾病产生的病理的。然而，《内经》更多的篇幅在阐述人体的三阴三阳时富含着更多的内容和意义。

三阴三阳本身是阴阳学说的衍化，一分为三，反映阴阳气的多少及势位，叫做"以名命气，以气命处"。又由于阴阳是相对的概念，不同的对象与范围，有不同的具体内容，以五脏而言，"心为阳中之太阳"，扩大到十二经络脏腑而言，膀胱、小肠为太阳，而《伤寒论》的太阳则有更深入的意义。在此，先讨论《内经》对整个人体所区分的三阴三阳。以太阳为例，太阳又称三阳，说"三阳为经"（《素问·阴阳类论》），意指它最长最大，指经络；是"诸阳之属"（《素问·热论》），意指它统摄阳气，是指气化功能；"太阳主外"（《灵枢·营

卫生会篇》)、"象三阳而浮也"(《素问·经脉别论》),意指气化层次在外。这样,同一个"太阳",既可以是经络——线,又是脏腑——体,又包括其所主层次——面,连其位置都包含在内了。也就是说,太阳,是指它的经腑自身,又是指它气化所在的体表功能。这既是《内经》线、面、体统一的系统,也是经络脏腑气化层次统一观的反映。

在此,我们之所以说系统,是因为在五行、脏象学说是不乏例子的。比如说十二经,常常也包括它的经筋、经别等。而纵观《灵枢》、《素问》各论,三阴三阳线、面、体统一的系统的基本结构形态,是以六经所经过的体表气化层次面作为它的面,并联络脏腑而成一系统的。太阳系统之面,在体后、项背为表;阳明系统之面,在体前、胸腹为里,少阳系统之面,在体侧为半表半里。三阴均在三阳之底面。这样,躯体可视为一个左右对称的类似三页、底面共六层次的卷筒状结构组成的系统。太阳的里面为少阴、阳明的里面是太阴、少阳的里面是厥阴。而且每一系统都内连脏腑,外连体表经络。为便于理解起见,此卷筒状结构宜平置,背朝上为太阳,属表;腹朝下为阳明,属里;两侧为少阳,属半表半里。因为人类的祖先是爬行或俯游的动物,躯体是平置的,躯体直立的时间与平置时间相比是微不足道的。

人们正对十二经脉的本质作种种探求,但如果根据《内经》天人相应的观点,则是"天地阴阳,含之于人"(《灵枢·阴阳系日月》)。那么,三阴三阳经脉也是天地、阴阳在人的反映,或者说经络是人的阴阳气的线性描述。因此,通过研究六经经脉在体表的分布,即可以窥测人体的阴阳发展演化的玄奥所在。

第二节 阴阳层次的功能

《内经》对人体脏象经络的生理机能已作了大量的阐述，谨在此分为二大内容进行阐明。

一、阴 阳 层 次

《灵枢·终始篇》说“阴者主脏，阳者主腑”，这是阴阳层次以脏或腑作客观的生理基础。《素问·生气通天论》说：“阳者，卫外而为固也；阴者，藏精而起亟者也。”《素问·阴阳应象大论》又说：“阳在外，阴之使也；阴在内，阳之守也。”这里就基本概括了阴阳层次不同的机能与作用。我们已经知道，生命机体要适应自然界“六气”气候与理化环境的变化，首先要调节自身适应外环境的调节系统与及内稳态调节系统。这两方面，不仅对个体生命不同季节如此，对整个生物进化全过程的所有机体也如此。“阳在外”，实际上可理解为机体的适应外环境调节系统。同样，“阴主内”，这与机体的内稳态调节系统的涵义也是相吻合的。比如“阳者腑也”，“传化物而不藏”，传化物的过程，多数与水谷的消化排泄过程有关，“不藏”则意味着分解与排泄，恰与机体内异化作用，产生能量以适应外环境与机体活动的需要有关。“阴者脏也”、“藏精气而不泻”，藏精气的过程，意味着机体内同化吸收作用，形成机体代谢所需要的各种物质，以供机体的内稳态调节的需要，也即是“阳化气，阴成形”的体现。这两个系统相互表里、相互协调，才能保证生命机体在适应大自然中生

存的需要。

二、三阴三阳层次

整个人体仅阴阳两大层次显然是不够的，还必须各一分为三而成三阴三阳六层次。结合《伤寒论》来认识则较具体。太阳主外，以机体的外上层、头项背为主，耗散着机体的大量阳热，是机体的抗寒调节系统。此系统发病则恶寒。阳明主里，在人体之前，是人体聚合阳热之处，是人的耐热调节系统所在，故病则恶热。少阳在体侧，故属半表半里，阳热最少，且仅游离于体侧，以转枢于前后的太阳与阳明之间，协调全身阳气，是寒热的整合调节，故病则往来寒热。三阳层次都是机体的适外调节。太阳的适外调节要依赖少阴层次的内稳态调节提供支援；同样，阳明的适外调节主要依赖太阴内稳态调节的保证。因为“无阴则阳无以化，无阳则阴无以生”。阴阳层次显然是一个互相联系的整体。因此，三阴层次作为机体的内稳态调节一一是需要太阴主内，为机体提供大量的水谷精津，以保证全身代谢的物质需要，尤其阳明耐热、抗干燥调节的机能，又首先需要太阴水津储备调节的充分供应与输布。其二是需要少阴枢转作用，这种枢转是通过神一精一气的化生以燮理整个生命活动；又作为太阳之里，要调动阳气保证支持太阳体表的保护，感觉作用及阳气耗散的抗寒调节及与此相联系的水津直接排贮作用。故质言之，少阴又是机体的能量物质储备调节系统。最后是厥阴层次的营血储备调节系统，为机体的阴阳病理提供最末的不时之需。营血正常运行才能保证机体代谢不息与及保证少阳之气枢转气液与寒热整合作用；营血循环异常，阴分受损则意味着相火内

生，甚至风火相煽的病理出现。因此，六个系统的机体又分工独立，又协调统一（对它们各自的具体机能与病变、及与脏腑经络其他病变的联系见下文各章节）。近年人们发现标本中气学说的结论能较深刻的反映六经辨证的本质，上述认识即是切合此学说的新的理解。

第三节　六经辨证系统研究的若干问题

众所周知，《内经》对三阴三阳层次的生理谨作了奠基性阐明，对六经辨证提出了雏型。六经辨证到了《伤寒论》才真正从实践上完成。在此过程中，《伤寒论》基本印证了《内经》的阐述，更有所补充、修改与发展，这都是历代学者所有目共睹的，并围绕六经病的本质研究，竞相争鸣不休。目前已经较趋于一致的是以脏腑经络气化学说解释。但对其需要显得此一时，彼一时；不能尽满人意，从而促使人们进一步深思与探究。毕竟脏腑经络气化学说是全面地反映了人体生理的学说，而《伤寒论》的六经辨证，实际上主要反映了人体三阴三阳层次在适应外界六气的过程中的病理改变，并主要是针对外感风寒邪气产生疾病变化的辨证纲领。这与反映整个人体生理机能的脏腑经络与气化学说之间，其异同点是明白无误的。因为前者以阴阳气多少及其层次为本，脏腑经络为标；后者以脏腑经络生理病理直接为标本。同时，历代都有一些高明的医家，善用《伤寒论》六经辨证统治百病，并治疗各种杂病，他们的宝贵经验，令人深受启发。然而他们活用的途经，除《伤寒论》的指导原则外，仍是六经辨证

的外延——通过全面的脏腑经络、气化学说的理论指导进行的。此外，日本的汉方家也以六病分证，但他们的概念与意义与当前我国六经辨证已有较大的变异了。他们实际上主要强调方证相对进行临床治疗，因此不可同日而语。

另一方面，如果追溯对杂病的辨证治疗方法，《内经》对临床疾病各论用的主要是脏象学说，而且上文提及的五行物质环境下人体的新陈代谢系统是否适应，也是脏象学说作为辨证诊断依据。《金匮要略》也是以脏腑学说为基础的辨证，第一章即是论脏腑经络先后病等，就是明证。

张仲景在《伤寒论》序中说：他“勤求古训”，“撰用《素问》、《九卷》、《八十一难》、《阴阳大论》……”，就明确告诉后学，他的著作与《内经》的渊源关系。有人争议说七篇大论是后人补入《内经》的。但我认为这不应成为障碍我们探讨它的真理性理由。比如我们现代人不也仍在用许多新学科去补充阐明《内经》、《伤寒》的理论体系的真理性吗？事实表明，《内经》七篇大论的基本论点所阐明的三阴三阳的生理与《伤寒论》六病分证的病理与方证病机是相吻合的，也与当代人的一些研究相吻合。也许七篇大论是《内经》成书较晚的一部分，但显然它重整了上古医学思想，成书又较接近仲景时代，恰是研究仲景学术思想的最有利的珍贵资料。《内经》与《伤寒》三阴三阳的概念大同小异之处，我们已在研究当中显示出来了。实际上我们只是借助《内经》的提示去探讨《伤寒论》六经辨证的实质，顺藤摸瓜，寻求吻合，立足点在《伤寒论》上，从而可以避免概念混淆与误解。当然，在日本有不少汉方家一直撇开中医理论来研究《伤寒论》，这也是一种途径。但这显然不是唯一正确的研究途径，而且是

我国学者所普遍不采用的途径。因为割断历史的研究，只会为我们增加人为的困难罢了。

小　结

十二经脉之所以冠以三阴三阳命名，笔者认为主要是强调经络的阴阳属性。三阴三阳经脉也就是阴阳演化在人体上的线性描述。实际上，它是一个连结上下、表里、脏腑经络气化的系统，本质上是反映三阴三阳之气多少异用的系统。根据《内经》的阐述，三阴三阳的生理意义起着适应外界六气环境的调节作用。《伤寒论》进一步把它充实发展成外感风寒为主的临床辨证纲领。分析《伤寒论》的六病分证，对照参考《内经》理论，可发现三阳主要是机体的抗寒、耐热耐燥、寒热整合的适外调节系统；三阴主要是机体的津、精、血储调的内稳态调节系统。三阴与三阳相表里，各自需要相互为用、相互协调。六经辨证立法是这些系统的病理表现的分辨方法。通过经络脏腑的病变，也可以了解三阴三阳的病变。但阴阳是本，脏腑经络是标。标与本应注意分清。《内经》的七篇大论溯源于上古医学，但又成书较晚，较接近东汉仲景时代，应是研究仲景学说思想的较有利的珍贵参考资料。

第二章　六经辨证系统本义各论

第一节　太阳与太阳病

太阳，是《伤寒论》"太阳之为病"的太阳，它是人体有关生理机能的概念。太阳病则是其病理变化的命名。太阳病为六病之首，不论从生理或病理方面，比其他病所牵涉的脏腑都多。前人有不少论著探讨过这些问题，且每多从经络、脏腑、营卫、气化学说等解释之。又因肺气与皮毛有外合联系统属于太阳，故又有人干脆提出：太阳病就是肺系外感病[1]。百家争鸣，瑕瑜互见，尚未能尽满人意。尤其对太阳的本源与本质，除以标本中气加以论述外，尚未见有新的观点。而标本中气这种学说，不是一般人所能了解的。因而不揣浅陋，试图穷源竟委，首先着重于讨论太阳与太阳病的本来意义，进而探讨其本源与本质。管见如次：

一、太阳的涵义与作用

太阳，原是表示阴阳的数量的名词之一，《内经》每用以反映人（素质、性格[2]）、物（脏腑[3]、经络）、气（气化[4]）等的"阴阳量"的消长及其势态。这种表示方法，《内经》叫做："以名命气，以气命处[5]"。气指阴阳气多少，处指所在势位。而阴阳所概括的属性是很广泛的。以八纲为例，阴阳又实际上概括了表里、寒热、虚实。用数学语言来说，它是多项向量的总和及其坐标位置的表示。用它来描述生理，包含

着巨大的阳气充盛于外的涵义。另一方面，它又是一个取类比象的相对的概念，对不同的对象与范围，有不同的具体内容。如以五脏而言，“心为阳中之太阳”；扩大到十二经络脏腑范围来说，膀胱、小肠为太阳，如《伤寒论》：“伤寒一日，太阳受之（4）”，【下文凡（ ）内阿拉伯数字，表示宋本《伤寒论》条文号码】。太阳，是指整个人体而言，因此是脏腑的阳气充旺于体表的概括，并主要反映在足太阳膀胱经所在的部位与气化敷布的层次上。

《内经》把太阳又称巨阳，或三阳。说“三阳为经[6]”，是“诸阳之属[7]”(实际包括了督脉的功能，因与督脉连于风府之故)。“太阳主外[8]”，“象三阳而浮也[9]”。意指它为六经之长，最长最大（指经络）；统摄阳气（指气化功能）；主外而且其巨大的阳气气化如脉象之浮者（指气化层次）。阳气者，卫外而为固也。这就概括了太阳作为机体外部屏障的形能。太阳主表则是对它的功能位置的主要概括。表是相对之词，对内脏来说，肌肤为表，以肌表来说，背为阳是表，腹为阴是里；从六经来说，三阳为表，三阴为里。下面讨论的是太阳主表之表。

众所周知，足太阳经起于目内眦，上额交巅，下项夹脊，抵腰至足。手太阳经在阳侧从手到头。即是在人体头、项、背、四肢的外上侧。这些部位，从生物进化史来看，不论是水中俯游的动物，或是陆上爬行的动物，都是生物体表的外上层，是生物体表耐受寒冷与日照接触外界的首要部位。而且，根据《内经》的阐述[10]，人体卫气的运行，行于脉外，昼行于阳，目开而阳气上于头，主流在足太阳的体位，其他均为散行别支。正如张景岳所说：“卫气始于足太阳，复会于太阳，

故太阳主外[11]。"可见，人体以头、项、背为中心，连及四肢外上侧的体表，其巨大的阳气，敷布面积最广阔，足以影响全身体表阳气（故说太阳能统属诸阳）就是太阳主表意义的粗浅表达。可以设想，敷布在人体体表的阳气并不是匀衡的，而是重点在头、项、背与四肢的。因此说，太阳的气化功能，其所在的层次在机体的最外层。

太阳，作为它的物质基础，应包括它的经腑与体表，而这一概念的组成，则是形与气的结合。也就是说，太阳，是指它的经腑自身，又是指它气化所在的体表功能（实际上，这是《内经》的经络脏腑与气化层次统一观的反映）。对外感疾病来说，后者显然是重点。由于十二经络俱走肌表，各脏腑也都有它的外候，故又有五脏六腑皆主表之说（足太阳经有五脏六腑的俞穴）。但归根到底，太阳所主之表，终究起着主导作用。它们之间的关系，是总体与局部、主导与协同的关系，或喻为"条条"与"块块"的关系。这种关系，在中医学里比比皆是，如肝窍目，可细分五轮，归属五脏；肾窍耳，耳廓又能反映全身病变等。

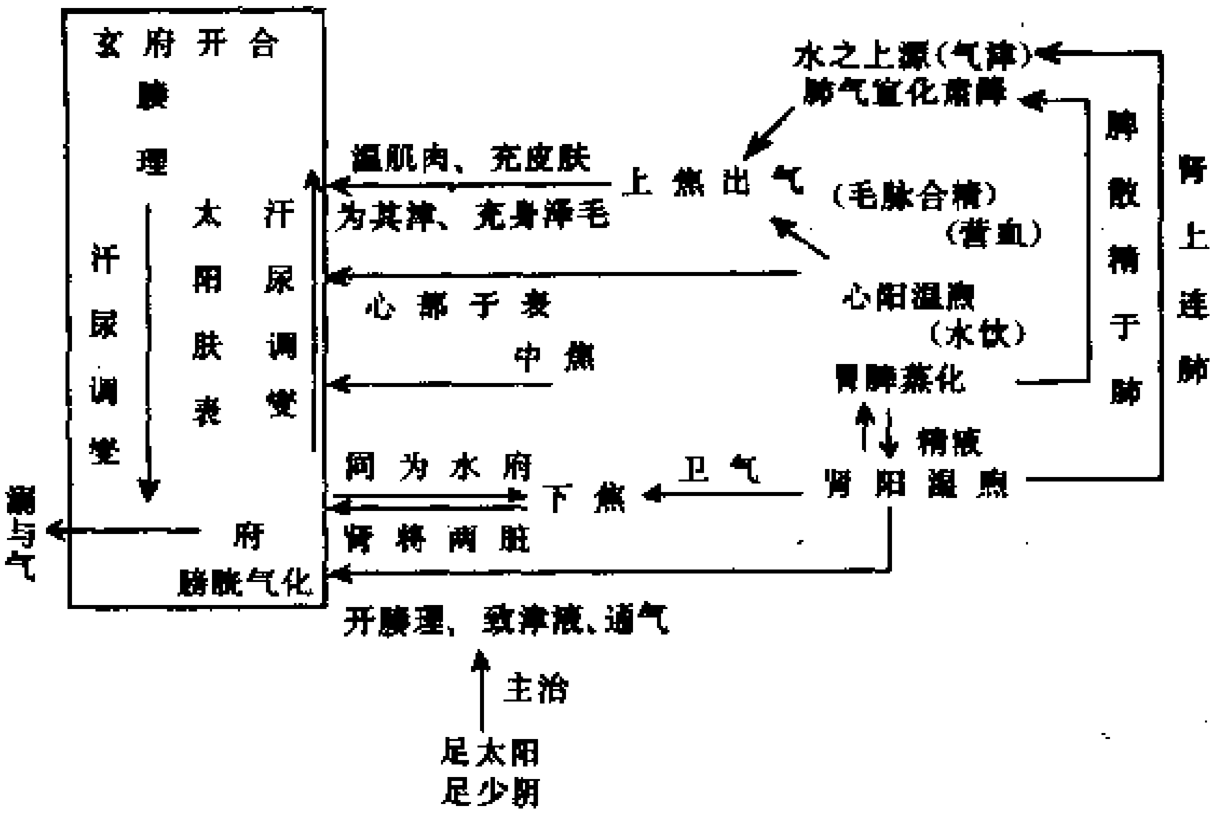
二、太阳的生理

所谓"太阳主外"，本质在于这是体表适应外环境的主要生理调燮。言太阳"统营卫"者，其意义包括体表的阳气与津液代谢都为太阳所司属。根据《内经》的阐述，体表的阳气与津液功能、生理联系可归纳，见图示，并分述如下。

（一）太阳阳气的来源与功能

太阳之气显然不仅仅是太阳经脉中的经气，而且包括敷

布于体表，行于脉外之阳气，即卫气也属于太阳之气。如图所示，太阳的阳气，根于肾阳及胃的阳气蒸化充养。



太阳生理环节图

上靠心阳的直接温煦（心部于表）[12]，气津从上而出，温充熏泽；下靠肾阳（肾治于里）[13]，气化膀胱才能“开腠理、致津

液、通气[14]”。津气从下而出，蒸腾敷布。但首先是心胃阳气的充养，气津借道上焦合肺气的宣发而外达于肤表，而行温表卫外的作用（包括作用于体表的抗寒产热调节，抗御外邪等）与柔养体表的作用（可合称之为温护体表功能）。体表的阳气即是卫，体表的津液泌化于营，这是太阳主表而统营卫的实质，汗尿排泄是其生理功能的外在反映。“温分肉，充皮肤；肥腠理，司开合”是卫气的功能，它包含了温表卫外、柔养体表、津汗调燮及肺气宣降气津等功能。这些功能，都是体表为适应外环境而保护机体的调燮。

（二）太阳的水津调燮与代谢

对水津直接调燮功能是太阳所属的膀胱经、腑及其气化的表现。《内经》说：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣[15]”。藏，是调节的意思，津液不能错认作尿液，“汗出溱溱是谓津[16]”。所以，太阳的功能应包括汗尿排泄为主要外在表现的直接调燮，因为这是藏津化气的反映。

小肠分清浊，升清降浊仅是津液生化代谢的前期过程，不直接调节汗尿。而水液的排泄，主要靠膀胱气化，膀胱气化能排小便，透汗液。“阳加于阴则汗[17]”可以作为这一意义的补充说明。

《内经》在阐述人体在生理状态下的汗。尿的调节时说：“天暑衣厚则腠理开，故汗出……天寒则腠理闭、气湿不行，水下流于膀胱，则为溺与气[18]”。为了适应外界温度的改变，保持体温的恒定，体表有腠理“开”与“闭”的调节，并以水液作调节的中介物质，天寒则无汗多尿，天热则多汗少尿，这一水液的生理调节链主要是太阳气化功能的直接表现。而

直接影响这一功能的尚有五脏中的太阳——心及其他脏腑的参与。

（三）太阳与气府的联系与影响

肺为水之上源，为气之府。其对水的调燮与外合皮毛而司呼吸，都影响着太阳的水津调燮。反过来，太阳气化障碍则玄府腠理开合不利，体表汗津失调则影响到肺气的宣化。且“毛脉合精[19]”的气化交换作用也必然直接受肺合皮毛进行呼吸的宣降功能影响。仅就这种外合联系的意义上来说，肺气的机能又统属于太阳，是体表适应外环境调燮的一部分。

有人运用比较解剖、生理学资料、以系统演化进化发展的理论，研究了从蛋白质体到单细胞生物、至蚯蚓，其呼吸作用和物质交换均由相应的细胞膜或皮肤来完成其“肺”与“皮毛”几乎是合一的外呼吸。从七鳃鳗到两栖类，亦显示肺和皮毛的表里相合，共同完成主气，司呼吸的功能，进化成人类强大的肺后，逐渐完善的肺呼吸完全代替了皮肤呼吸，但就其肺泡上皮（及其上微血管网）通过表面薄的水层与外界空气进行气体交换来看，仍与低等动物靠皮肤或细胞膜通过水的环境行气体交换是基本相同的[20]。

这里回顾了生物在水的中介下，从皮毛进化到肺进行呼吸的全部历史与现状，揭示了皮毛与肺的关系，是生物气体交换进化过程汗孔这“旧”气门到肺这“新”气府的关系，它们仍随呼吸而共同开合。（后世所谓“遍身毛窍俱随呼吸之气以为鼓伏”）。这就是相合的由来，而水液的中介作用，则是影响肺与皮毛呼吸的关键。

总之，事实正如何志雄导师所指出的：“津气透出体表，

需赖肺气的宣发。敷布于体表的膀胱之气和外合于体表的肺气，俱统属于太阳[21]。”此外，胃与小肠是阳气之本，津液之化源，这一功能对太阳的气津调燮有很重要的直接影响。

概言之，太阳的功能主要调燮体表的阳气与津液，以适应外界自然环境，在新陈代谢中保护机体。这一过程，“卫行脉外”，故其阳气能主表卫外；“营行脉中”，经、腑是津气的输送渠道与调节器官。肺气与皮毛的外合联系也统属于太阳，因这种联系是生物系统演化遗留下来的，是生物体表适应外环境调燮的牵连部分。

三、太阳病的病因

《伤寒论》阐述发病不多，只说：“太阳中风”，或“太阳伤寒”。不论“中风”或是“伤寒”，都是风寒外邪直接遏伤体表阳气，导致太阳病。成无己《注解伤寒论》尚有夏月伤冷水致“太阳中暍”，是与伤寒的太阳病“应宜别论”的类似病，亦同出此理。总之，人体在受到风、寒、水等低温环境的邪气（包括微生物、理化因素）的侵袭下，超过了太阳的温表卫外调燮功能所能适应的限度时，就会感觉恶寒，这就是体表阳气遏伤，外感寒邪的开始。风、寒、水这些低温致病因素概可混称“寒”邪，其发病可统称为“伤寒”。兹举一病例来作说明：某青年渔民，体素强壮，夏天汗出未干，潜入海中捕鱼，回家时汗出甚多，此后不论冬、夏、昼、夜常自汗出，曾用玉屏风散等治疗未效。后认为此病起于汗出之际，毛孔疏松，水湿入侵肌腠，阻于营卫之间，开合失和，用桂枝汤，助热粥，温复微汗而愈。本例因汗出伤水发病，却

按太阳中风之法治愈，是中风抑伤寒耶[22]？可见对外邪致病有时不能明显划分清楚界限。中风与伤寒，虽不宜混淆，亦不必拘泥。它与受邪的轻重之差，体质的强弱之异等因素也有关。仲景对中风与伤寒，实际上常因证而命名。故尤在泾说："学者但当分病证之有汗无汗，……以证伤寒中风之殊[23]"，这着重提示辨证的鉴别。

太阳与寒水的关系（注 2），《内经》说："寒生水"，"其在天为寒，在地为水[24]"。这一阐述，与地球的远古时代的地壳温度先冷却而后出现水这一大自然的历史演变过程是相吻合的。但《内经》这一阐述的意义在于（1）有时作为一种逻辑演绎、先寒后水，寒为因，水乃果。（2）进一步作为一个统一的概念分类，即五行分类中，寒与水是同一属性的概念统一体，寒是水之本性，水是寒的体现，其气为寒，其体为水。作为常态，自然界如此，人体亦如此。因此，太阳发病的外因主要是感受概括风、寒、水的寒邪。经曰"太阳之上，寒气治之[25]"就是太阳发病的主要倾向的概括。

"太阳病，发热而渴不恶寒者为温病[26]"。不恶寒，不合太阳病提纲，已为温病范畴。故不予讨论。

四、太阳病病机

太阳病的意义是什么？综观太阳病篇全文，太阳病常与"表证"、"外证"作同位语。如"太阳病，八九日不解，表证仍在（46）""太阳病，外证未解（42）""太阳病当恶寒（121）""太阳病未解……必先振栗汗出而解（94）"等，而治疗太阳病常称"攻表"，"解外"，"发汗则愈"，"当从汗解"。

可见，太阳病是以表证为中心的。由于太阳对津液排贮调节需要阳气温化，当风寒邪气遏伤它的阳气时，会导致对水津排贮有效调燮失司。分述如下：

（一）遏伤表阳卫外与温养功能

“太阳之为病，脉浮、头项强痛而恶寒”。脉浮是卫阳与邪相争，浮盛于表，故脉浮。恶寒是太阳受风寒之邪的主证，遏伤温表卫外功能的主要标志。由于“腠理开，邪气因入(97)”，遂致“卫气不和（54)”。卫气有“温分肉”的作用。邪束肌表，卫阳受遏，不能充于肤表故恶寒；卫阳与邪相争，欲求阳充以却寒，遂致在邪束之下，加强了温分肉的作用，故发热，即发热是恶寒引起代偿亢进的继发症状。《伤寒论》说：“阳气怫郁在表，当解之，熏之（48)。”据此，恶寒发热是太阳温表卫外机能遭抑遏或损伤的病理表现。

太阳阳气在体表的另一方面功能是柔养体表，也就是“充皮肤、肥腠理”的作用。若邪气阻遏，表阳受伤，经脉不利，津气不布，在经输则“头项强痛”，“项背强几”；遍于体表则“身疼腰痛，骨节节疼痛”；若表阳虚不能温煦则“四肢微急，难以屈伸（20)”等。

太阳病的治疗，张仲景处处都重视温护体表。无汗者，仅取微汗，得汗止后服；自汗者，啜热粥，温复取微汗。惟恐“汗多亡阳遂虚(38)”，反复告诫“发汗病不解，反寒者，虚故也(68)”，都是为了恢复太阳阳气的温护体表作用，使邪去而正复于恰到好处。

(二)遏伤水津调燮功能

1. 遏伤津汗调燮功能：自汗与无汗是太阳中风与伤寒的区别：如桂枝汤证，既有发热汗出之症，又有“病常自汗出”，而无发热之症，而太阳伤寒证也有已发热或未发热；应用麻黄汤与桂枝汤，辨别表虚表实的重点不在发热，汗之有无才是关键。

不论麻黄汤证或桂枝汤证，“发其汗则愈”。然而，若汗不如法，“令如水流漓，病必不除”。却是何种原因呢？桂枝汤自汗为何还要发汗？临床上有些外感无汗者，汗出即愈；而有些自汗的外感表证，用运动或其他方法令微汗，为何不见效，而用桂枝汤才有效呢？由此看来，即使是发“微汗”，也不是治疗目的，而是药效的反映。在于通过服药发微汗这一“药汗”，调节由于外邪入侵后，气津失调的机体，使卫气恢复对肤表“司开合”的正常作用。“微药汗”是使邪与汗并，汗津恢复有效调燮的标志。当然，也有不须治疗。机体自身也有自我恢复的能力。故《伤寒论》说：“津液自和，便自汗出愈(49)”，“所以然者汗出表和故也(92)”。可见，汗出又常是机体“津液自和过程的一次产物，自我调燮获得恢复的反映。所以，对汗要分析它对机体有效调燮的程度。

由于汗有调燮体温、退热等的作用，而太阳病的发热恶寒又以汗法为治则。那么，我们又可把它的发热恶寒看成是汗调燮功能不全的后果。这种津汗调燮功能的遏伤，可粗分为闭遏性与泄漏性两类。

泄漏性：若是自汗发热恶风证，形式上是津汗对发热恶风

的调燮机能亢进，其实是机体反应较弱，津液自和力不全的表现。主导因素是“卫气不和”，即卫气受邪伤损，不能和阖。此证的外因是外感风寒致“内开腠理，毛蒸理泄，卫气走之[26]”。或者是汗出感水，致水气舍于皮毛之内，“与卫气并居”，使腠理不能固密。内因主要是心胃阳虚。心虚不能部于表；表阳不振；胃气弱则生化不足，卫气失常，不能固表所致。所以，脉浮弱或浮缓、缓或弱，均是胃虚阳弱的外候。对这一津汗自和力不全的治疗，称之为“解肌”，这种解肌调燮所用的代表方——桂枝汤除注意护理饮食外，应用时要注意发汗量、治疗时、诱导点等三方面。发汗量，即服药因汗出而定，分温三服，不能大汗，不能无汗，微汗止服。治疗时，时发热自汗出者，要“先其时发汗(54)”(经云：“风之与虐，相与同类[27]”，故治法亦相同)。诱导点，例如：“太阳病，初服桂枝汤，反烦不解者，先刺风池、风府，却与桂枝汤则愈(24)”。对证用药为何反烦?“欲自解者，必当先烦(116)”，此证先后两次用药而只愈于刺风池、风府之后，而且这两穴又非太阳经穴，说明刺风池、风府穴能诱导桂枝汤发挥药效。经曰：“卫气每至于风府，腠理乃发”；并说：“风府无常，卫气之所应，必开其腠理”[28]。意指卫气每行至风府，即能开腠驱邪，药后反烦不解，此时正是药力助卫气却邪，相争于风府——这一解肌开腠的关键处的表现。先刺之以枢转气机，再用桂枝汤治疗即愈。这里就提示了桂枝汤的解肌调燮，通卫和阳的作用途径与风府、风池有关。也就是说，津汗调燮功能不全与风府、风池穴的调燮有联系。把三点归纳起来，说明这是卫气与津液，机体与邪气等的相向调燮。这恰恰反映出温护体表功能与津汗调燮功能是一个环节的两个方面。若注意到此证对发汗量的要求提示治疗的双向性(不能无，不能

多），发汗时间所提示的机体自我调节性，刺风池、风府诱导药效提示的对中枢调节的影响，从这三点综合考虑的话，那么，津汗调燮功能的不全是由中枢（丘部下部?）的某一调定点的阀值升高或降低的病变引起的观点[29]，就获得共鸣，值得进一步研究证实。

闭遏性：若是无汗恶寒发热证候，是汗津对发热的调燮功能受闭遏，即上述的“津液自和”机能抑制的表现。产生的外因是外感寒邪常较重，令玄府腠理闭而不开，卫阳不能泄越，故汗津不得泄。内因是其人素体腠理固密，阳气较盛，机体反应较强，用麻黄汤为代表方以开闭散寒，即能解除津汗调燮的抑制状态。寒邪随汗散，闭开则阳通，故发热恶寒“汗出必解”。若寒闭重，服药后可出现“微除”—烦—瞑—衄而病解的过程[46]。出血是津液打破闭遏深重状态的标志。值得注意的是，瞑、衄的出现位置与风府、风池刚好在同一水平位置上，一前一后，提示这一连线区域之间，是太阳病获解的调燮途径或枢纽的反映，其中可能与中枢调节有关。

2. 遏伤气府宣发功能

肺为气之府，在上源之水的滋润下，外合皮毛以司呼吸。肺气宣发则气津外达于皮毛、腠理，肺气肃降则津液洒陈于五脏六府、下输膀胱。若太阳伤寒、邪束肤表，常可入而迫肺，如《伤寒论》说：“阳气怫郁不得越……其人短气但坐，以汗出不彻故也[48]”。“短气但坐”是患者气喘促，唯有端坐呼吸的肺系症状形象描述，张仲景却认为其病机是阳气郁遏，不能透汗所致。又如：“发汗后……以水灌之亦喘。”汗后灌洗，是体表虚时受邪而致喘满。两条文所举之例，都说明体表受邪，阳气遏伤，汗津不达就可以直接株连及肺气的宣化与水津的通调。邪解

汗透，肺气宣降功能也就可以随之获得恢复。若玄府腠理内合肺气俱受邪闭，不能宣发，津气不达，则无汗而咳，气不肃降而反上逆故喘，宜麻黄汤散寒邪、发汗津以平喘。若肺气闭而导致水津不布者，则脉浮缓，身不疼但重；若阳郁不透之甚者，则不汗出而烦躁，宜大青龙汤助肺宣发阳气，透达水津。若外有太阳表邪而犯肺。胃有停水而上逆，寒水停束肺胃、更作咳逆，宜小青龙汤。

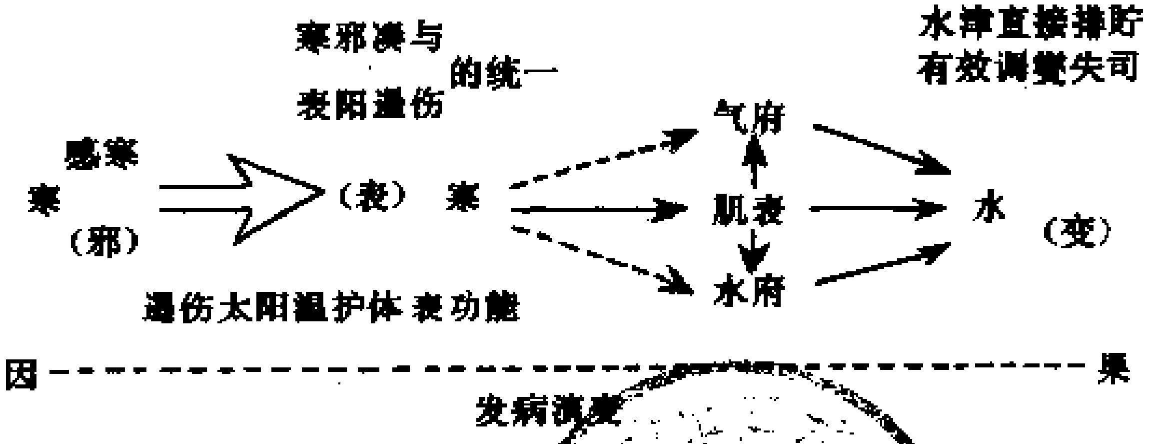
总之，其机转是太阳肤表受邪，即玄府（“旧”气门）为邪所闭、邪随气津内迫于肺（“新”气府）故无汗而喘，若是喘而汗出的麻杏甘石汤证，是因汗、下后，邪已化热，热壅肺气而喘，气津为热所迫而外泄，“旧”气门代偿性开放，故汗出。前者是从外及肺，后者是从肺及外，前者为塞闭，后者为热壅；前者为正局，后者为变局，都是肺津调燮失职。麻黄汤、大小青龙汤兼能治溢饮浮肿之症，即从实际上说明发太阳体表郁闭之邪与通肺气不宣降之水原有相通之处。

3. 遏伤水府行水功能：

《伤寒论》中说：“中风，发热六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之(74)。”本条不仅是邪束肤表，遏伤汗津的调燮，且还株连水府，遏伤膀胱水府行水功能。外不能行水透汗以解发热恶风表证，内不能化气利水而烦渴，水入即吐，用五苓散治疗以化气利水。服药后“多饮暖水，汗出愈”。为何五苓散利尿而“汗出愈”？五苓散证为何“有表里证”？又如“头项强痛，翕翕发热、无汗、心下满微痛，小便不利者，桂枝去桂加茯苓白术汤主之(28)”是胃有停水兼有表证者，方后却有“小便利则愈”。可见，膀胱化气即能利尿透汗，汗尿都与太阳有直接关系。生理已前述，病理机转亦如

是。

综上所述，太阳病以表证为中心，是寒邪直接遏伤表阳之气，温护体表（温表卫外与柔养体表）的功能失调，与及津汗调燮功能紊乱。同时，由于肺外合属表的皮毛呼吸，是在水津的中介下进行的，并且参与着这一水液的调燮，所以，太阳病就从外部直接牵连着肺气的病理改变。寒闭表阳也就直接遏伤肺气对水津的宣化功能，影响着它自身的呼吸功能。所以，这些从表传来的肺系症状都隶属于太阳表证范围，可以随发汗而解（但并非任何肺系症状都属太阳表证）。太阳蓄水病变也是因邪从经入府，津液调燮进一步障碍的反映，服药后水府行水，也可以汗出而愈。总之，太阳的病变是以伤寒表证为中心，上及气府，下连水府的一系列气津病理改变。病变的本义是寒



太阳发病演变图示

邪遏伤体表阳气，津液直接排贮的调燮系统的功能紊乱，“寒水”是这一系统疾病的特征概括。见下图示。因此，《内经》把

太阳与"寒水"相配对，而后世直称太阳经为"寒水之经"（注1）。

五、太阳病变证

太阳病变证较多，多数从误治或失治（包括未能治疗控制疾病而自然发展传变）而来。从整个太阳病篇来看，变证的病所，往往反映了太阳的脏腑生理联系。参看表一与表四。变证的病理性质，主要由阳气与津液遏伤后如何进一步演化而定。也可以说是"寒水"病变的演变。

阳气受损伤则病从寒化，如心阳受损之桂枝甘草汤、桂枝去芍汤证；胃阳受损之苓桂术甘汤证、厚朴生姜甘草半夏人参汤证、桂枝人参汤证；肾阳受损之真武汤证、茯苓四逆汤证等。随着阳损而水盛，常是这种寒化的转归。

如太阳病篇的真武汤证，是汗后邪不解，反伤阳气而外浮，寒水内动。用此方温肾阳，镇寒水，助太阳化气行水而解。

若阳气素盛，受寒邪抑遏、误治失治后有两种可能：一是郁而化热，加以误治失治伤津，则病从热化，如病在肺的麻杏甘石汤证，病在中焦的白虎加人参汤证等。二是郁而化热入里，与水气相结，病在胸胃者可成结胸症，痞塞在心下可为痞证；病在下焦可变作热与血结之太阳蓄血证，如桃仁承气汤证；由外寒入腑，凝结腑脉，故外候见"少腹急结"，以寒则筋急，血凝则结之故，主用桂枝辛以润之；寒郁化热结于膀胱血脉，瘀热上攻，故其人如狂，主以桃仁配桂枝以通阳活血，配调胃承气汤中，借阳明通道，使与血相结之邪通泄而下，服药后"微利"可愈。因邪在血分而不碍气化，故小便或利或不利（原

文未提及）。此证病位尚在膀胱，但其病机已无表证而化热结于里，却似阳明，似阳明又无阳明证，依病位归属太阳膀胱，作变证看。血与水同属阴液，但血结与水停的治法则迥然不同了。

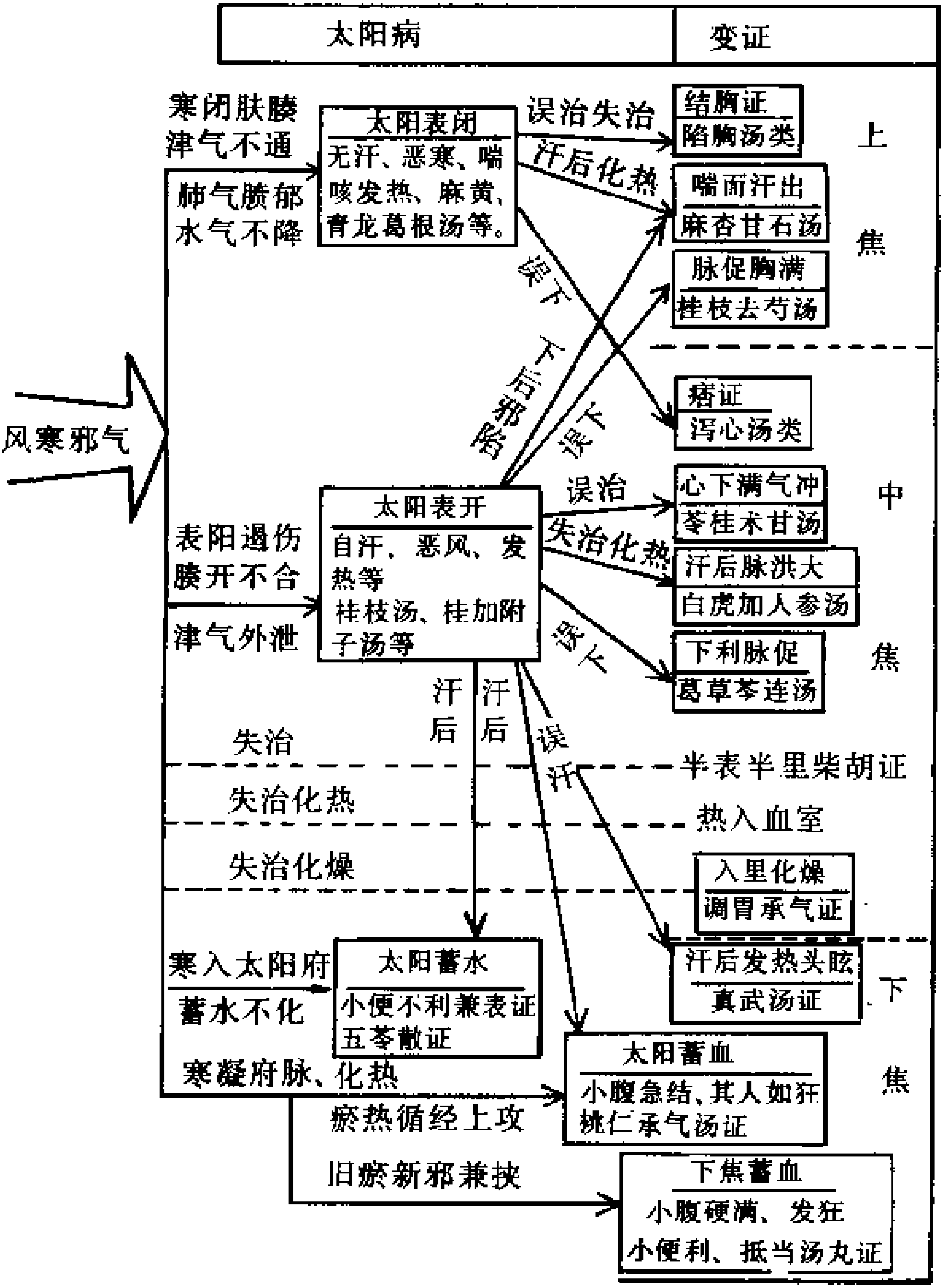
若抵当丸、汤证，则为下焦蓄血，陈年旧瘀在前，新感在后，两相兼挟而成者为多。

这里小柴胡汤证没有太阳病主证，主要是借三焦通调津液的渠道转枢邪气，透达于腠理，从太阳而解。故有“先宜服小柴胡汤以解外(104)”，“身濈然汗出而解(230)”之句。

综上所述，太阳病变证繁多，而主要的变证与太阳病本证的相互关系见下面图示。此图与上面的太阳生理环节图是基本吻合的。

六、太阳病义与临床应用

上述太阳表证，是寒邪犯表遏伤太阳阳气，而致津汗调燮功能异常所致。从这一病机认识出发，再进一步分析之：(1)寒邪犯表遏伤太阳阳气，言太阳客邪之寒；(2)表阳遏伤，言体表卫气之不足，即经曰：阳虚则外寒之谓。言邪言正，我们可统称为表寒。表寒在外感证，必恶寒脉浮，或已发热，或未发热，即太阳表证，言外邪为主。若是杂病表寒，则可从表证误治、失治、或渐受邪而成。杂病之表寒，以体表阳气之不足为多，常觉形寒畏冷，肢体疼痛或不仁，脉浮舌淡苔白滑，或不发热，或微发热，这都概属表寒。温护体表的机能受伤，治疗上都宜温表。均可参考选用太阳病之方。又从外感表证自汗与无汗的鉴别



太阳病本证与主要变证图示

中作类比推广认识，杂病表寒同样可分为泄漏性与闭遏性两类。现按临床运用，分表失温养、阳虚表寒水漏、表寒变证、表寒津闭等分述如下：

表失温养：若寒滞气血或阳气耗伤，不足以温煦柔养体表，在外感则为恶寒、身疼痛、脉浮诸症；在杂病则见脉浮缓、浮弱、肢体弛缓、沉重、麻痹、甚则拘急、抽搐。可选用桂枝加黄芪汤，桂枝加葛根汤、桂枝加龙牡汤，以治肢体麻木、黄汗[30]、脑血管痉挛的半身麻痹弛缓[31]、低钙抽搐、肌神经麻痹[32]、经期背寒等[33]。如有人治一小儿急惊，岁半，寐醒抱出，冒风而惊；发热自汗沉迷，角弓反张，手足抽搐，目上视，指纹赤而浮，唇赤舌淡白，脉来浮缓。用桂枝汤加粳米一小撮，服后温覆而卧，使得微汗，一剂尽即熟寐，汗出热退，次日霍然[34]。按：《素·风论》说："风气循风府而上，则为脑风。"这是风寒邪气遏伤太阳阳气运行，风邪直犯人体开腠理、散风邪的枢纽——风府，温护体表的调燮直接受邪，致阳气之精者不能养神则神昏，阳气之柔者不能养筋故抽搐。

阳虚表寒水漏：太阳外感风寒邪致津汗调燮机能不全，其泄漏者，主要是汗津。若推广至杂病，则可以是病理性的以水为主要成分的各种液体组织成分、体液、排泄物、炎症渗出液、漏出液等，如精液、血液、乳汁、泪涕液、尿液等泄漏过多。这是机体温表卫外功能受伤所致。这样，应用桂枝汤不仅可以治太阳中风的发热、恶风寒、自汗、脉浮缓症，某些产后发热、风水、自汗等症可应用。并根据病情选用桂枝加附子汤、桂枝加龙牡汤等对症加减，治疗某些皮肤慢性疮疽渗出清稀液体、慢性眼病流冷泪[35]、过敏性鼻炎流清涕以及迟缓渗漏之鼻衄、妇人经漏、带下、乳泣、遗尿、遗精、失血等病症，皆适用此一治则。

《内经》云：诸病水液、澄沏清冷皆属于寒，说明漏出液清稀是辨证的关键。仲景就是提示此证治的大师。他说："太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之(20)"。"遂漏不止"一句，原意指汗漏，但可以类比引伸治疗阳虚表寒不固而致的很多液漏证。加附子者，以"附子温经"(30)之故。例：一妇女久患白带，每天带下量多质稀，色淡如水，腥气异常，腹感下坠而不胀痛、面㿠唇淡、舌淡苔薄、脉沉细迟，月经3～4个月一至，用本方合四物汤三剂大减，再三剂月经来潮[38]。此案即从漏字着眼。

表寒变证：太阳的阳气来源于心阳的敷布，胃阳气的充养，肾阳的温煦，而桂枝除能温通太阳阳气以驱外邪，尚能温心阳、壮胃阳、温肾平冲逆。《本草经》谓其能治上气、吐吸、结气、补中益气，久服通神。所以桂枝加桂汤、桂枝去芍汤、小建中汤、炙甘草汤等推广治疗心阳虚损，胃阳不振等证，都是已离开表证范围较远的变证。但有些内有心胃虚寒、外有肤表寒水病变不解者，又常可活用加减。笔者曾治一阴黄病人，外科诊断为胆石、胆道感染入院，抗炎治疗后已无发热，但全身浮肿，黄疸不退，色萎黄晦滞，辄易头汗出，食欲不振，小便黄短，胸腹满闷，口淡，舌质红、边稍暗，苔白，脉浮缓，先用茵陈五苓散加北芪利水消肿，但黄疸不退。想起仲景有寒湿可发黄，"黄汗脉浮"与"诸病黄家……假令脉浮，当以汗解之，宜桂枝加黄芪汤主之"的记载。说明寒湿在里固然可发黄，寒湿在肤表，阳虚湿郁不解，津汗调燮机能受伤，肤表津液不能自和也可以致黄疸，只要见脉浮，即是其外候，可用汗法(这种发汗退黄法与太阳病解肌发汗法可能有相近的病理基础)。遂拟桂枝加黄芪汤，试服数剂，病无恶化。于是据其久病色暗晦、胁下痞块，即

于原方再加三棱、莪术，以期内能活血散瘀，助原方通阳益气，走表以利水，再三剂即身透汗，头汗减，小便多，黄稍退，16剂后，黄疸全退出院。笔者体会，三棱、莪术治此证当然不能退黄利水透汗，但在桂枝加黄芪汤的基础上，加上此两药以治其内有瘀积，桂枝加黄芪汤的作用即可充分发挥。治杂病已大大超出太阳病的范围，但却是从它的本义中获得启发而来。

表寒津闭：津闭，是体表汗与津的闭遏，致使其调燮机能抑制（如解热、泄邪、透毒外出、炎症渗出增多的排泄障碍之类等），故津闭则邪亦不解，多表现为邪闭实证。(1)用麻黄汤可治疗湿家烦疼（麻黄加术汤）、小儿受寒发热昏沉[39]（即还魂汤主治证）、急性乳腺炎[40]、表寒津闭致难产等[41]。(2)用葛根汤加味治疗鼻炎不闻香臭多年而肩背恶寒者[42]，加川芎、辛夷治疗膝关节半月板切除术后关节的积液[43]、足癣合并感染等[44]，以及后世阳和汤治阴疽等，皆是从麻黄汤化裁，类比引伸的治法。赵锡武老中医认为：皮肤病治疗当散，使病邪外达，用麻黄汤、葛根汤、越婢汤、麻杏苡甘汤合方加当归、大黄治疗神经性皮炎，兼泛发湿疹者再加黄柏、苍术[45]，其理亦同此义。如：已故何志雄导师曾治一急性肾炎患儿，12岁，面目浮肿、气促，伴有恶寒发热已有一个星期。自诉寒热时头痛甚剧，午后寒热稍减，始终未见汗出；纳差，尿少。舌苔薄白，脉略浮紧。用麻黄汤加桑白皮、大腹皮、生姜皮，服一剂得微汗，浮肿气促和外感症状减，继用前方加减，服两剂各症基本消除[46]。此案即从津闭上求解决。

太阳蓄水：寒邪遏伤阳气，太阳不能气化，在外则有表证，在府则为蓄水。这是府气行水功能遏伤，用五苓散化气行水，则尿利汗透而病解。所以，有人治疗一例两上肢及颈部湿疹二

年，中西医诸治未效患者，认为是太阳寒湿不能气化行水，用此方三剂减，六剂愈[47]。随访一年未见复发。俱同此理。

小　结

1. 太阳，是表示"阴阳量"的消长及其势态的概念之一。鉴于阴阳所概括属性的广泛，所以，其概念的范畴是多项向量的总和及其坐标位置的反映。由于它同时又是一个取类比象的相对的概念，不同的对象与范围有不同的内容。太阳病的太阳是脏腑的阳气充旺于体表的概括，并主要反映在足太阳膀胱经所在部位与气化功能敷布的最表层次上。这一概念范畴，已客观上大致规定了它的发病阶段、层次、寒热、虚实、阴阳、发病倾向、证候与传变。

2. 太阳的功能叫主表而统营卫，实际上是调燮体表的阳气与津液以适应外环境，在新陈代谢中保护机体。在这一过程中，卫阳之气行脉外，故能温表卫外；营行脉中，太阳经、腑是津气输送渠道与直接排贮调燮的器官。肺气与皮毛的外合联系也统属于太阳，因这种联系是生物系统演化遗留下来的，是体表适应外环境调燮的牵连部分。

3. 太阳病是以伤寒表证为中心，上及气府、下连水府的一系列气津病理改变。改变的实质是寒邪遏伤体表阳气，津液直接排贮的调燮系统功能紊乱。实质上主要是它的抗寒调节功能为中心。"寒水"是这一系统疾病的特征概括。

4. 太阳病变证多从误治或失治(包括未能治疗控制疾病而自然发展的病变)而来。变证的病所，往往反映了太阳的脏腑生理联系，变证的性质，主要由阳气与津液遏伤后如何进一

步演变而定。也可说是寒水病变的演变。由此可见,《伤寒论》对太阳病与变证的阐述,印证了《内经》关于太阳生理的基本理论,而对其病变的阐述又有所修改与发展。这反映出二书之间的继承与发展的关系。

5. 弄清太阳病的本义,可以从其水津的闭遏与泄漏获得启发,按阳虚表寒水漏与表寒津闭等病机推广应用于临床。

6. 太阳病的性质与病变所反映的生理联系有深远的生物系统演化渊源,从对生物系统演化的回顾中,我们明确了太阳的肺、肤表、膀胱的联系及其与寒水的关系的由来。在弄清本义的前提下,探源溯流,进一步探讨六经病及其生理的生物系统演化的联系,对阐明六经病,减少不正确的解释,使人们重视探讨生物系统演化后的仍遗留着的原始的联系方式,将是十分有意义的新研究课题。

长期以来,《伤寒论》的六经病辨证是指导人们进行辨证治疗的重要方法。太阳病是六病之首,既复杂,又常见。先弄清它的本义,再探讨它的本质,深入到新的认识层次,将有助于对六经辨证的进一步研究,并对掌握《伤寒论》的要领,提高其指导临床辨证的认识水平,均有价值。

注 1:太阳与寒水的相配关系,属于《内经》关于运气方面的内容。这种相配由正化与对化而来。所谓正化,是指产生本气的一方,即含有阴阳相生的意义,或者取其方位。所谓对化,指对面作用或相互影响的一方,这里恰恰说明了"寒水"与太阳肤表的关系与作用。

参 考 资 料

[1]施家珍　伤寒论六经病理初探《中医杂志》(5)：32，1965。

[2]参看《灵·通天》："太阳之人"。

[3]参看《灵·阴阳系日月》："其于五脏也，心为阳中之太阳"。

[4]参看《素·四气调神论》："逆夏气则太阳不长"。

[5]素问·至真要大论。

[6]素问·阴阳类论。

[7]素问·热论。

[8]灵枢·营卫生会篇。

[9]素问·经脉别论。

[10]灵枢·卫气行篇。

[11]张景岳　《类经》(上)，267页，人民卫生出版社1964年版。

[12]素问·刺禁论。

[13]同上。

[14]素问·脏气法时篇。

[15]素问·灵兰秘典论。

[16]灵枢·决气篇。

[17]素问·阴阳别论。

[18]灵枢·五癃津液别论。

[19]素问·经脉别论。

[20]李莱田　从系统演化论"肺外合皮毛"　山东中医学院学报(1)1981。

[21]何志雄　《伤寒论选释与题答》第3页。

[22]刘少轩　对桂枝汤治自汗的点滴体会　福建中医药杂志(5)：35.1964。

[23]尤在泾《伤寒贯珠集》太阳正治第9页。

[24]素问·阴阳应象大论。
[25]素问·天元纪大论。
[26]灵枢·营卫生会篇。
[27]灵枢·岁露篇。
[28]同上。
[29]伊藤纪嘉 《汉方研究》(2):42.1978。
[30]金匮要略。
[31]桂枝汤新解 《新医学》(3):1975。
[32]黄芪五物汤临床应用点滴 浙江中医杂志(10):1980。
[33]潘静江医案选编 内部资料。
[34]吴佩衡医案 第2页。
[35]张志民 伤寒论方的运用方法《新中医》(1):1980。
[36]高 德 伤寒论方医案选编。
[37]桂枝加龙牡汤的临床运用经验 《中医杂志》(6):1979。
[38]同(31)。
[40]汤本求真 《皇汉医学》上册337页。
[41]麻黄汤治愈急性乳腺炎一例 江西中医药(4):27.1980。
[41]同(36)。
[42]矢数道明 《汉方治疗百话》第四集,运用葛根汤验案。
[43]31回日本东洋医学会学术总会讲演要集1980。
[44]同(37)。
[45]赵锡武医疗经验 91页。
[46]何志雄 《伤寒论选释与题答》。
[47]同(41)。

第二节 阳明与阳明病

一、阳明的涵义与作用

阳明又称二阳，它既非如三阳之浮盛外达，又非如一阳之幼弱游离，是充和明达的阳气，故称二阳。《素问·至真要大论》曾释作“两阳合明”，《灵枢·阴阳系日月》释作“两阳合于前”。合，是聚合或配合之意。两阳合明是三阳与一阳之气配合温煦，指其阳气的作用；两阳合于前是交合于肢体的前面，指经络所在，又是它的气化在体表的反映。阳明府即胃与大肠，胃肠道的阳气即阳明之气。它吸收水谷之气，合成、转化成人体的充盛的阳气，维持全身对阳气的需求，这叫做“二阳为维”（素问·阴阳类论）。

若把人的躯干看成是一个管状结构，那么，胃肠道则为管内壁，对体表来说属于里。若人躯体如爬行动物样前俯，则背后在上为表，身前在下为里，两侧在中为半表半里；所以阳明属里。这样，阳明二字，实际上概括了它的气多少与所在势位。用它来描述生理，包涵着充和明达的二阳之气聚合于里的意义。其阳气可从下向上，从前向后，从胃肠道里向表转送，以维系全身。

二、阳明的生理

“阳明为合”。合是指它聚合阳气于胃肠道，这样才能腐熟水谷，蒸化水津，传导化物，化生精气，把水谷之气转化、合成为人体的阳气与津液，并以阳气为主。胃肠道这种转化的能力，就是阳明之气的功能体现。

命门之火是阳明之火的根本，起着产生火种与调节阳明之火的作用，又靠自身的水谷精微所产生的阳气充养。阳明之气的功能，尚需要手足少阳与手足太阳这四腑的配合，才足以完成它腐熟水谷，传导糟粕等，从而产生阳气与津液的作用。这叫做“二阳合明”。

如下图所示，水谷之悍气、慓疾滑利，先从中、上焦出体表为卫气，并散于肓膜、胸腹之间。水谷精微的粘稠浓郁部分，输送到心脏与血脉；水谷精微其余部分输送到肝、脾、肺，敷布全身。

脾脏一方面接受胃转化水谷而来的气津，另一方面又为胃行津液，调节胃津。胃尚受肺气宣化洒尘，从上焦而下的津液濡养。上述机转，均是阳明的阳气与津液的来源与功能。

从经络归属上看，阳明之气包括胃与大肠之气，自不待言。然《伤寒论》说：“阳明之为病，胃家实是也。”胃家者，所指何物？据《灵枢·本输》说：“大肠、小肠，皆属于胃”，且胃为六府之海，因此，从这一广义上看，应是概括了胃肠道腐熟、受纳、传导的功能，并强调了胃在其中的主导作用。阳明病的阳明，即是指胃家的功能。而小肠府在受盛功能方面显然可以看成是胃与大肠上述功能的协同部分，故可说归

属胃家。

质疑者说：小肠为手太阳经，与上述观点岂不矛盾？对此应予细辨。小肠主分别清浊。何谓清浊？《素问·阴阳应象大论》说："清阳出上窍，浊阴出下窍；清阳发腠理，浊阴走五脏；清阳实四肢，浊阴归六府。"出上窍，营养五官的；发腠理，输送营气于表的，应是升浮阳气的作用，是手太阳小肠的主要功能。此外，盛受精微，实四肢，充养体力的，应看成是阳明胃与大肠的协同部分。从下窍排泄，或先归六府，然后排泄，应从属大肠与膀胱的功能的协同部分。走五脏之精微、是太阴脾功能的协同部分。故总的来说，小肠之升浮清阳，渗浊膀胱的功能是它作为手太阳之府气化的体现。而盛受精微，实四肢，助传导，是其阳明之气的协同部分，也是太阳阳明证的生理基础。

三、阳明病病机

阳明病可以从外感直传，也可以从太阳或少阳传变而来。因而有太阳阳明，少阳阳明与正阳阳明之称。主要是阳明热盛伤津、胃家实热。以清热、攻下为基本治法。其机理分析如下：

（一）耐热的有效调变机能紊乱

阳明病恶热症状的出现，是一个明确的讯号。这是机体耐热调节机能的损伤。大渴是胃家热盛伤津，引水不足以自救的表现；同时伴随大汗出是机体散热调节增强的反映，大

汗出而热不为衰，尚恶热，显然是机体的耐热的调节机能失灵的反映。

本来，从生理机能上看，太阳为开主外，阳气浮盛，温护体表，反映着体表的抗寒调节，所以其病则恶寒为先。阳明在里为合，内聚阳气之所在，标志着机体的耐热调燮机能，所以阳明病则见恶热，大汗等。机体的抗寒调节与耐热调节在正常的情况下应是相协调的。但在体表感寒，表受寒遏之后，表阳与之争而发热；寒遏不解者，与胃家之强者合热力强，必更激发阳气聚合，阳气亢盛与邪争而更发热；热壅遏于阳明，反蒸腾耗伤自身津液而汗出口渴等，或太阳治疗以汗、尿之法失当，使胃家津液耗伤，阳热必更盛，这时，恶寒因热汗而去，里热因失衡而不止，从而完成了从恶寒到恶热的转化。这种转化的机理，是胃家之内津液耗伤、阳热无制、水火失衡，转化的表现是大热、大渴、大汗、脉洪大等。人们常称之为邪入里化热，实际上又是机体耐热调节机能的紊乱。

《伤寒论》指出恶寒罢的原故是："阳明居中主土，万物所归，无所复传。"这是对病的"归"与"传"的简释："居中"指位置在里，"主土"意指能产生合成阳气，即阳明府是机体内在生成聚合阳气之最大源头。此处阳气之充盛，不但可使"恶寒自罢"，甚至还会恶热。这当然是其他五经所不能比拟的。

（二）阴液调燮机能损伤的发展

由于阳明胃家在生理上首要是合成阳气，当寒邪化热传

阳明时，胃中水亏火旺，阳热无制，向外透发则蒸蒸发热，引水自救故口渴，故说："蒸蒸发热者，属胃也。"（248）大肠主传导化物，当津液耗伤时，即增强蒸化津液功能自救，则大便干结，传导不行，邪热壅结困积，更伤津液而出现谵语、潮热。故《伤寒论》指出这是"胃中必有燥屎"（215）。实际上，仅肠中燥屎尚不足以谵语，习惯性便秘者十余天不大便何妨？而因燥屎之积导致已感受之邪热秽气不能从下解而循胃上攻于心方能至谵语。从口渴到便难、谵语的出现，正是阳明津伤从胃到肠，不断加重的过程。这种情况下，日晡潮热的出现，正说明津液损伤日益严重，不但恶热或发热，且不足以调燮体温相对稳定，而只能在发热的基础上，与外界阳气盛衰同步，也是耐热调节机能进一步损伤的反映。从白虎汤清热济阴、承气汤泄下存阴的有效治疗来看，阳明病的主导因素还是热盛，而不是阴液损伤。阴液损伤是继发的，又是直接导致一系列症候出现的因素。但清热、攻下阳明实热是如何影响体液，从而影响丘脑前侧的耐热调节中枢的？"目不了了，睛不和，无表里证，大便难，身微热"，要"急下之"，这一千古疑难，是否应看成是此中枢损害的警钟而作的截断治疗呢？上述发人深思的问题，尚待日后临床与实验的进一步研究。

四、阳明病相关证

阳明病主要相关证为：(1) 热邪循阳明之经上扰胸膈，心烦懊憹为栀子豉汤证。(2) 阳明之气从胸腹肓膜出表，受邪壅阻，转枢不利，胸满便硬而呕为小柴胡汤证。(3) 阳明热盛

挟肝胆湿热、郁结于里而发黄为茵陈蒿汤证。(4) 阳明中寒、食谷欲呕为吴茱萸汤证。(5) 久瘀外感、喜忘便黑为抵当汤证。(6) 阳明经受寒，尚未化热入里，仍按麻黄、桂枝汤证。(7) 脾约属太阳阳明麻仁丸证。(8) 脉浮热渴猪苓汤证，但宜注意与白虎汤证鉴别。

阳明的生理与阳明病相关证的病理对照详见于图示。

综上所述，阳明概括胃肠之气的机能，是人体熟谷、蒸津、传导之处，阳气聚合与生成之所，故又是机体耐热调节的系统。伤寒致阳明病，主要是热盛伤津，水火失衡，耐热调燮失司；病甚者胃家热实，传导不行，阴津对整体的调节损害进一步漫延，变生种种症候。从外邪伤津致病这一意义来说，经曰："阳明之上，燥气治之"仍可以看成是阳明病的主要发病倾向。但这是阳热伤津的阳燥，

五、阳明病义与临床应用

阳明病仅从病机来看，是机体的耐热调节失衡。进一步从生物源流上认识，人体阳明的生理机能正是生物在陆生环境耐热、耐旱所促成的。换句话说，适应与耐受热与旱的气候、理化、微生物环境是阳明的主要生理机能。机体适应此环境的机能失衡所产生的病理生理就是更深意义上的阳明病。众所周知，陆生以后的动物主要用肺呼吸代替腮呼吸，并以干食代替水中食物，同时胸腹部耐受干燥的陆地辐射之热等。耐热耐干渴首要在消化道。这样一来，消化道为主连及呼吸道一系列的外感温热性病都可归"阳明之为病"之中去。值得注意的是：《素问》独有一篇"太阴阳明论篇"（而无少

阴太阳或厥阴少阳论）着重提到："阳者天气也，主外；阴者地气也，主内。故犯贼风虚邪者阳受之……阳受之则入六腑，阴受之则入五脏，入六府则身热不时卧，上为喘呼。"这里泛说六腑，胃为六腑之海，这里实际专指阳明府，纵观前后文可知，即阐述了阳明外感热病导致"身热不时卧、上为喘呼"之证，为后世临床医疗实践所不断证实与发展。《伤寒论》中阳明病两大治法，一是清法，一是泻下法。属于这两大治法的仲景方，目前已广泛活用到临床各种疾病中去。按有关伤寒活用方书记载，可归纳如下列：

白虎汤类：乙脑、钩端脑炎型、热厥、温疟、麻后肺炎、小儿热渴。

麻杏甘石汤类：肺炎、过敏性哮喘、寻麻疹。

栀子豉汤：鼻渊、小儿尿频、心肌梗塞、心肌炎。

大黄黄连泻心汤：热痞、细菌痢、吐衄。

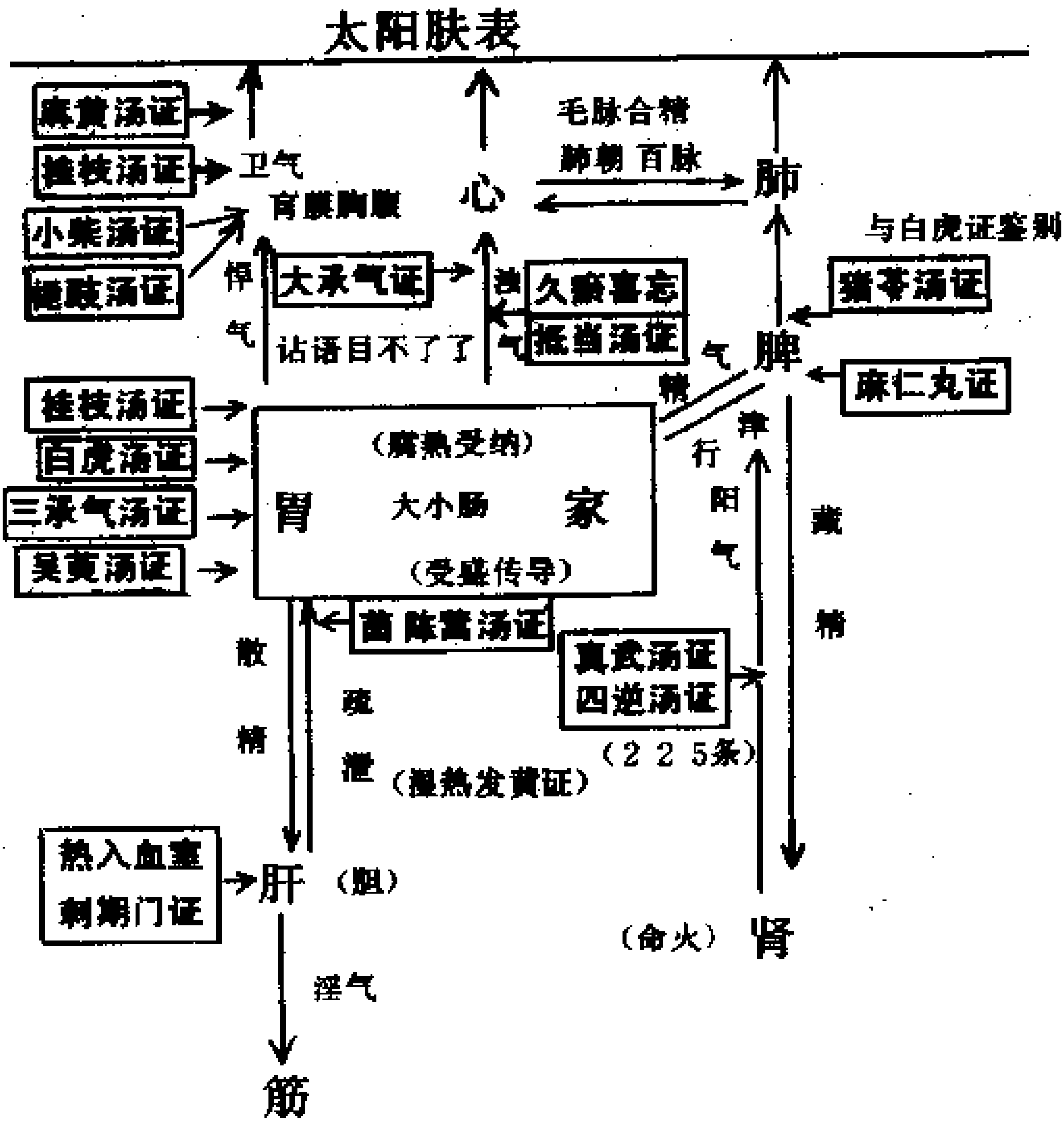
小陷胸汤：胸膜炎、肺心病、胃炎、胆囊炎。

葛根芩连汤：胃肠型感冒、肠伤寒、乙脑下利。

茵陈蒿汤、栀子柏皮汤：急性病毒性肝炎、痢疾。

大承气汤类：腹痛、肠梗阻、高热腹泻、神昏不大便、肾上腺皮质功能亢进、多食多便、肥胖症、阳明府实咳嗽、溃疡病穿孔、痢疾、真寒假热、不明原因高热、中消、咳嗽、热厥、弥漫性腹膜炎。

从上述可见，阳明证治之方活用之面是很广泛的，虽然不能反过来说明所治之证是阳明病证，但可给我们认识阳明病证提供思路与参考——阳明证的外延可涉及五脏六腑的证治。但有些问题必须注意到，按《内经》的原旨，从饮食得之病阴受之，只能称之为胃肠病或脾胃病。而从外感之邪得



阳明生理与证治图示

注：图中新五宋字体表示生理联系环节；

方框黑体字表示证治。全书同。

热病才是阳明病。而阳明病也有它与胃肠府相关证，但更主要是被命名为“阳明”之病的耐热调节失衡的恶热、大渴、大汗、潮热、便秘等症。更有显示与此阳明的中枢相关的较特殊的“目中不了了，睛不和”清窍证（三阳之证俱有此点，宜留心鉴别）。张志民教授对此有较深的认识，[1] 据述曾遇见一位在早晨来上班者，并无恶寒发热的过程，但见其目停口呆，状若木鸡，迥异平日状态。经问知其四天无大便，按其腹硬而拒按，即毅然配制大承气汤予服，大便通而目停口呆之状除。邱会河教授用大承气汤治愈一本证候患者，是用脑过度之后，头痛失眠八个月，大便秘结。马云衢氏治一妇人，素无疾病，只日前自称微热不适及无大便，忽而号哭中宵，似不识人物，服大承气汤而愈。临床所见，亦可有变化，有双目紧闭者，有双目力睁者，有睛色发青者，有开眼只见眼白而不见黑睛者；或眼无异证，但主诉鼻闻异臭者。范中林老中医曾治一阳明证高热痿躄；某妇，24岁，田间劳动后，身热头痛不适十余天，渐而蒸蒸发热，下肢痿软，步履维艰，烦渴恶热，面赤，舌红少津无苔，脉洪大。用大剂白虎汤加沙参、竹茹、灯心草，两剂热退，渐能行走，调养旬日而愈。[2] 此案阳明病致痿，颇发人思考。

参 考 资 料

〔1〕张志民 《伤寒论方运用法》 浙江科学技术出版社 1984年第1版 153页。

〔2〕谢永新等 《范中林六经辨证医案选》 辽宁科学技术出版社 1984年第1版 39页。

第三节　少阳与少阳病

一、少阳的涵义与作用

少阳又称一阳，为阳气的幼小部分。它的经络分布于躯体的两侧。《素问·阴阳类论》说："一阳为游部"，"一阳为纪"，意指它的经络连系、游行于太阳与阳明之间。因为太阳为表，阳明属里，少阳处于半表半里之间，故"少阳为枢"、实质是概括它转枢幼少之阳气在太阳与阳明、表与里、开与合之间的协调与整合作用。

二、少阳的生理

（一）阳气的来源与功能

少阳之气是对胆与三焦功能的某种概括，并主要强调其对枢转气液的功能。三焦之气来源于肾中元气，是"元气之别使"，又从胃先受水谷之气的不断充养。胆内藏（调节）来自肝脏的精汁．胆气生于肝，少阳之气生于厥阴。所谓：一阴尽，一阳生。胆一是指藏于肝内的营血所耗，是胆一阳之气化来源；二是内寄心包之相火，又是人身之动气，实际上

是从命门游离出来的元气，从这里体现它作为阳气的功能。胆气疏泄条达，既有助于阳明胃与大肠疏泄，又枢助三焦的功能。三焦的功能受上述阳气的启动，通过自身的气化疏通水道，尤其内达脏腑，外透腠理，故与太阳膀胱共称水府。从而可见少阳之气以胆为主导。对太阳、阳明的影响重点是枢转气液、通调水道、调整胃肠的功能。《金匮要略·脏腑经络先后病篇》上说："腠者，是三焦通会元真之处，为血气所注；理者，是皮肤脏腑之纹理也。"可见，作为少阳的气化层次，必然在其他脏腑之外，体表之内，脏腑与肌肉的腠理之中，肓膜胸腹之间，并主要在躯体两侧部分。因为这是经络所在。所以，少阳之气气化，游离于此部（胸胁、耳中、目锐眦及各种空隙），它既可助浊气下趋阳明腑道，也可助清阳之气出太阳之表；它的阳气既可从体侧走背助太阳之表之抗寒调节，又可让阳明之阳气从体侧而出，助体前阳明之里的耐热调节，转枢气机出入，协调全在少阳之气的疏达。

（二）津液的调燮与代谢

胆液来源于肝，三焦之真阴来源于肾及胃的精微之液，先出上两焦而成。[1] 并由于它们的气化，上焦如雾出卫气，中焦如沤出营气，下焦如渎出水液，推动着机体津液的运行与代谢。上部心肺之气通过上焦出表，中部脾胃通过中焦出营液营养周身与入肝脏，下部肾通过下焦出水液到膀胱而气化。

三、少阳病病机

太阳病传变，或风寒直犯腠理，均可致少阳病；或厥阴病的阳气来复，也可能转属少阳病。主要是邪入半表半里，阳气转枢不灵。以疏解邪气、调和阳气为基本治法，简称和法。

（一）阳气枢转不利，寒热整合调燮紊乱

躯体肤表之内，肠胃之外（除脏腑外）的广大区域，是人体的腠理赖以枢转阳气、协调内外之处。它相应沟通联系着躯体两侧胸胁，是人体的半表半里层次。风寒之邪留阻于此，则少阳之气外不能转枢透达走背而出太阳之表则恶寒，内不能枢转阳明之里，致胃家之阳热反助阳热郁于里则发热。换言之，邪凑少阳，阳气不能助太阳阳气之开则寒，反入里、过益阳明阳热之合则成热。邪留于此阳气游离转枢之处，不能全塞，又时不通，正邪分争，时而能枢泄阳热，热泄则身凉，邪气不爽而复作恶寒，因而寒热往来。这是阳气转枢在表与里、开与合之间的障碍。可以回顾联系设想一下：太阳主大量阳气之开，太阳病则恶寒，即是体表抗寒调节病变；阳明主聚合阳气于内，自然是体内耐热机制所在，阳明病恶热，是耐热调节失灵；少阳主转枢少量阳气，少阳病则往来寒热。不正是机体抗寒与耐热调节的整合与协调机能紊乱了吗？这与西医认为人的调节中枢：丘脑下部后侧属抗寒调节、前侧属耐热调节、两侧属整合调节是相仿的。

（二）气液不枢、游火上炎

由于邪阻少阳，津液不能敷布转枢，反成痰热郁阻于胆，胆气化火，游火上炎，故见口苦、咽干、目眩。柯琴氏说："口、目、咽不可谓表，又不可谓里，所谓半表半里也。""苦、干、眩者，皆相火上走空窍而为病。"(2) 邪阻经络，结于胁下、或郁于胸中，三焦失枢，故胸胁苦满。本病尚可出现经脉所过的各种症候。

四、少阳病兼证

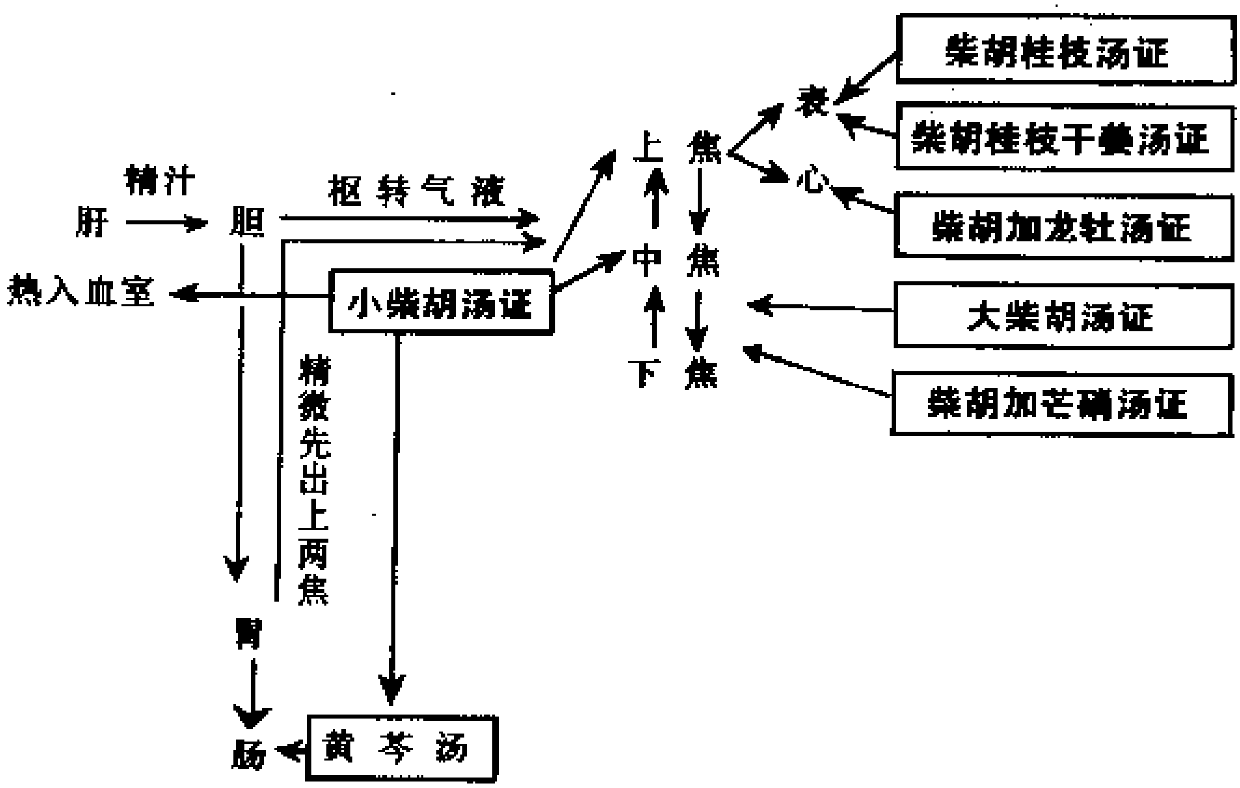
少阳病寒热往来，胸胁苦满是阳气转枢不利的小柴胡汤证。若兼表寒未解，是柴胡桂枝汤证；若少阳病迁延、表寒未解，邪气滞留、气液不枢、痰饮结于胸胁，是柴胡桂枝干姜汤证；若少阳病气液不枢，痰热扰心而兼胸闷烦惊、小便不利，是柴胡加龙骨牡蛎汤证；若少阳邪热耗伤阳明之阴液兼见潮热者，为柴胡加芒硝汤证；若少阳邪传阳明，致胃家传导阻滞者，是大柴胡汤证；若热迫大肠至下利腹痛，是黄芩汤证；若邪热入血室，宜小柴胡汤加凉血之剂，随证治之。

少阳的生理与少阳病兼证的病理对照详见于下图示。

五、少阳病义与临床应用

少阳病义主要是指人体游离阳气有整合协调里外寒热的作用。而人体这种游离的少阳之气是寓于人体半表半里的津

液之中的，并以枢转气液的脏腑生理机能作调节的物质与功能基础的。这样，我们实际上不难理解：所谓和解法，就是通过助枢转气液，使少阳之气充分发挥协调里外寒热的作用，或从外透汗解，或从内通而解矣。仲景以小柴胡汤作为和解少阳的主方，从此方的运用可反过来认识少阳的作用。但长期以来，对柴胡汤的使用及柴胡的评价有个争论不休的问题。



少阳生理与证治图示

善用者，称柴胡为品质优良的退热药而放胆大剂量使用。贬之者，谓柴胡劫肝阴。不论后学者如何聪明，在未经临床实践之前，总会在脑海里留下一个难解之结。如果认识到这是枢转气液与和解外邪是一个问题的两个侧面，我想这一问题应不难理解。柴胡能助少阳枢转气液，自然是优良的退热药。假若少阳气液亏损，不足以枢布，必然舌红绛无苔，或舌干燥甚，如再徒用柴胡，岂不伤少阳之津液及其来源而致“劫

肝阴”?

根据高德氏编著的《伤寒论方医案选编》所载[8]，小柴胡汤加减可广泛应用在感冒、发热、热入血室、疟疾、败血症、渗出性胸膜炎、久咳、黄疸、腹泻、产后痢、急性肾盂肾炎、癃闭、水肿、囊痈等病症。可见其枢转气液功能对脏腑功能的生理病理影响是很广泛的。在治疗发热的病例当中，有结核病午后发热用原方，有产后发热加归、芎、益母草、炭芥，有长期发热用原方加绵茵陈，有低热用大剂柴胡24克。还有热入血室加凉血药，有败血症加大黄，都有启发。说明临床上有不少热不盛的证候，都可用小柴胡汤枢转气液，和解协调表里以退热，只要再结合病因加用针对性药物即可。例如值得讨论的是疟疾，此病寒热有时，似典型的少阳病，但只按少阳病小柴胡汤类就不能治好。实际上《素问·疟疾篇》与《刺疟篇》早已论述得较详细，认为“风之与疟，相与同类”，主张疟病分六经证针治。当代对疟疾的研究倾向于认为，应把它作为一个有特异病因的疾病而作针对性的截疟治疗。即辨病治疗为主，而不是一般化的辨证论治。高德氏的《医案选编》有一例小柴胡汤加常山、草果、尖槟、乌梅治疗三日疟的验案。所加药味即属辨病，小柴胡汤属辨证的治疗。此案若非以辨病治疗之药为主，恐难取效。

近来，不少临床报道：运用小柴胡汤治疗半夜发病之证，如小儿夜半啼哭、小儿夜半抽搐、夜半发热等。夜半是子时，为人体一阳之气初生之时，阳气生而出入受阻，诸症遂发。小柴胡汤助其枢达，故可治之。“少阳病，欲解时，从寅至辰上。”少阳病解时，恰是朝阳初照的卯时前后，自然界一阳之气已充旺之际。机体的阳气亦相应之。故少阳病若解时，多在此

时。

第四节　三 阳 小 结

总之，胆与三焦是疏泄、通调人体表与里之间广大区域的气液之府，故叫半表半里。又是初生的一阳之气游离出入、敷布之所，故主宰着太阳肤表的抗寒与阳明之里的耐热机能，是这二者之间的转枢、整合调节动能。少阳病主要是枢转不利导致这一功能紊乱，从而郁火内生，游火上炎诸症出现。经曰："少阳之上，相火治之"，是概指这一病理倾向。

太阳病篇我们曾注意桂枝汤证刺风池、风府再服桂枝汤，麻黄汤证服麻黄汤出现烦—瞑—衄而病解与及阳明病篇"目不了了睛不和"须急下之证，可能与丘脑下部的中枢前后调节有关。这里少阳病目眩咽干也应看作是伤寒后丘脑下两侧中枢整合调节紊乱引起局部反应的证候。故总而言之，这里提示了我们，三阳调节的根本都与丘脑下中枢调节密切相关。我们辨证论治的过程中，既应辨别它们的全身明显反应，更宜留心它们的局部反应证候，以避免因微少的忽略而成重大的遗漏。

经曰："阳者，卫外而为固也"，"阳者府也"，所以三阳都应是机体适应外环境的调燮机能。三阴三阳，只是阴阳衍化、一分为三的名称，三阳的功能都与卫外有关。由于阳气的多寡不同，所处在机体的部位各异，就起着不同的作用，而六府的生理机能虽然各异，但它们主要从开、合、枢三者不同侧重点保证了阳气的卫外作用，协同参与着机体的各种适

应外环境调节机制。另一方面，卫外机能，适外调节的直接作用是阳气，但阴液自始至终的参与作用却是必不可少的物质基础。五脏的整体调节和参与都应予注意。

参 考 资 料

〔1〕张景岳 《类经》上册 人民卫生出版社 1980：317。
〔2〕柯琴 《伤寒论翼》 上海科学技术出版社 1959：34。
〔3〕高德 《伤寒论方医案选编》 湖南科学技术出版社 1981：131～140。

第五节 太阴与太阴病

一、太阴的涵义与作用

太阴又称三阴，按"以名命气，以气命处"的指导思想，它包含着大量的阴分充溢于内之意。《灵枢·营卫生会篇》说："太阳主外，太阴主内"。《素问·阴阳类论》说"三阴为母"；《素问·阴阳离合论》说"三阴为开"，都概括地强调了三阳卫外机能以阳气浮盛的太阳为首，而三阴的营内机制，则以阴分充溢的太阴为主要基础。从这一意义出发，不难理解构成人体最大量的物质，是以水津为载体的精微充养全身而构成生命机体最基本、最大量的物质与阴分，故是"三阴为母"。

二、太阴的生理

人体吸收输布水津、贮调水津的作用，应是太阴的生理机能。《伤寒论》常提及“脾家”（278 条）的吸收运化水谷之精的机能。脾家，除脾脏外，还应包括胃肠之阴及其有关营运的机能。另外，肺有通调水道、宣发津气，“宣五谷味”《灵枢·决气篇》的协同作用。脾的水谷之精与肺呼吸之气相合的“毛脉合精”，都供敷布、运送全身。大量的水津作为载体充满精微，输养全身，不但是机体赖以维持生命，生长发育的物质基本来源与基础，也是维持生命机体内稳态调节的基础。故曰：“三阴者，六经之所主也”。《素问·阴阳类论》。

三、太阴病病机—寒凝湿聚于内

所谓太阴病，是指受外邪后，脾家受寒，见时腹自痛，食不下，生湿下利等诸症。或寒湿郁而发黄，或寒郁气滞而腹痛，或水谷精气上输于肺受逆阻而胸下结硬等，总以水液输布障碍为主导的脾家之证候，治法当以温中为主。

众所周知，阴阳学说的相对性，对不同的对象与范围，性质区分各异。三阴三阳只是阴阳学说的进一步分化。例如，对五脏而言，肺为阳中之少阴（灵枢·阴阳系日月），十二经脉则从经脉在体表的循行部位来规定肺属于太阴。伤寒病应对整个人体而言，它的三阴三阳辨证既与人体全身的十二经络有基本的联系，但又有区别。区别就在于它阐明外感疾病为主，因而偏重于从阴阳的三分层次结构及其三分结构所代表

的跨脏象系统，出现的阴阳生理、病理三层次来阐明疾病的演变与治疗。与十二经络手足络属还有触及重点不同，主与次的区别等等。这种不同之处，是仲景根据《内经》阴阳的理论，结合伤寒病内部的传变规律，从临床实践中总结出来。因此，仲景在外感伤寒证治中，太阴病主要是寒凝湿聚于内的病变，极少提及肺协助脾敷布水津、通调水道，“宣五谷味”的机能，而不列证，也就不足为奇了。

值得注意的是，范中林老中医曾治一个奇案：患者视物变白，或视一为二已两个月，全身无明显不适和既往史；舌淡红、苔白微腻稍紫密，白睛微现淡红血丝。认为此属寒湿犯肺，用麻黄汤，以半夏易桂枝，去桂枝，是不使增强发汗之力；用夏，取其燥湿散结之功。六剂而愈。名曰太阴岐视证。范老对太阴证理解之深，令人折服。范老还有一个痰湿犯肺咳嗽的医案，叫太阴证痰咳。二案都从痰湿着眼，认定为太阴证，确发人深省。同时也从实践上补《伤寒论》之未备。

由此可见，经曰“太阴之上，湿气治之”，显然是提示太阴病发病的主要倾向是外感后太阴运行输布水液的障碍致湿聚于内而已。

四、太阴病义与临床应用

太阴显然意味着体内津液精微储调输布系统，包括脾肺两脏及其经络气化在体内的相应机能。太阴病主要是受寒生湿或致生寒湿的种种脾肺病证。

上文提到范中林老中医诊一视物变向、歧视两个月，认

为是太阴证用麻黄汤去桂加半夏、六剂而愈及痰湿犯肺作太阴证论治获效，俱可为上述意义的佐证。有人报道一麻疹肺炎患者，身热、口鼻冷、便溏、尿清、脉虚缓，认为既有太阴寒湿、又有阴虚挟杂而用理中汤合地黄汤兼挟而治，颇值参考（郭子光《伤寒论汤证新编》）。据（浙江医大《伤寒论方古今临床》）所载，有些肺原性心脏病，腹胀、下肢浮肿、便溏尿短、苔薄滑腻、脉沉细弱，认为属太阴痰湿食滞而用理中汤加消导药而效，也足以开拓思路。

不少临床报道理中汤活用还治疗吐泻，久痢、冷痢、血证、便秘、肠梗阻、喜唾涎沫（高德《伤寒论方医案选编》）均可参考。

第六节　少阴与少阴病

一、少阴的涵义与作用

少阴，蕴指人始生之阴。《灵枢・本神篇》说“生之来谓之精，两精相搏谓之神”。说明人之生命与成形的本始。故少阴之气实际上主要指精气神在全身，尤其在心肾功能上的反映。少阴又称二阴，《素・阴阳类论》说：“二阴为里”、“二阴为雌”，概指少阴在三阴层次当中所处的第二层势位。《素问・阴阳离合论》又说“少阴为枢”。这里的“里”与“雌”，相对于太阴之“表”与“母”而言。枢是枢纽、关键，比喻少阴机能在机体内稳态调节上处在枢纽性的第二线的物质储

备与机能的操纵调节之上。

二、少阴的生理机能

所谓少阴的机能就是心肾的若干主要机能的体现。少阴的阳气来源于肾中元阳，即命门之火及心之君火。它枢转敷布、温煦着全身脏腑组织，是生命存在的动力来源。如：它一方面温煦着脾家与胃家，使阳明得以“合”，太阴得以“开”，使水谷之精得以形成与敷布全身，并受水谷之精的不断充养，以期维系着自身的恒存。同时它能以神御精，使太阳肤表有足够的感觉保护作用，又能藏精化气，使太阳有充足的阳气敷布于表，司其卫外的功能，以及使水津排泄，这是少阴作为太阳之里的很重要的机能，其阳气又游离敷布于少阳，以使气液枢转全身上下、内外，协调全身。

少阴以真阴为本，真阴即肾中元阴，来自先天，受充养于水谷之阴精，又是元阳的物质基础，不离元阳敷布全身，使元阳充分发挥全身的主导调节作用。少阴之阴包括心阴与肾阴，它们上下交济。正由于心肾阴阳相交济，才能完成少阴的全身枢纽调燮作用，这里包括以神御精，化精养神，藏精化气，以气行血在全身的调节作用，也就是它的枢纽作用。

三、少阴病病机

（一）心肾元气耗伤

“少阴之为病，脉微细，但欲寐”。脉微细，是邪伤少阴心肾，致心脉运行受邪阻遏，故见微与细。寒邪伤，阳气衰少可见此脉；热邪耗，阴血少而滞行，脉亦细，总是气血循行障碍。“但欲寐”即精神萎靡，情志淡漠、昏沉、恍惚如寐之状，为心肾受邪所伤，致精不养神，神不自充之故，故少阴病篇各条或烦或躁均是最宜细辨的眼目。因为这是辨别心肾受邪的少阴病主证。蓝克信氏[1]指出，少阴病是急性热病病程进入微循环衰竭冷（暖）休克阶段的危重证候值得参考。范中林老中医[2]对诸如头痛、哮喘、喉痹、心悸、偏枯、虚损、淋证等很多慢性病元气虚损致全身衰弱者，均认为是心肾受损伤，作少阴证论治，寒者大剂四逆汤辈，热者四逆散类，每获奇效。这就从临床实践上对少阴病病机提出很有意义的启发。那就是心肾受邪过程中，中心是神→精→气这生理调燮链的损伤或障碍，即关系到人体生命之能的储备及其枢纽调节系统的紊乱或损害，就是少阴病的要害与本质所在。

（二）寒常伤肾阳，热先耗心阴

下图所示，若寒邪从太阳而来，或直中少阴，令阳气耗伤，必小便色白，宜麻黄附子甘草汤、麻黄附子细辛汤表里双解。或真武汤、附子汤温化少阴之阳而解。若太阴吐利伤及少阴阳气，出现厥逆肢冷，当急用四逆辈。若厥逆无脉，更宜通脉四逆汤类。所有寒厥证是少阴病的危重证候，应予重

视肾阳的温煦为急务。

若热邪犯少阴，可轻犯少阴经，致咽喉作痛，有诸清热、祛痰、润燥方。热邪扰心，少寐，宜黄连阿胶汤。热邪犯少阴兼津伤热结致阳明府实，腹胀、咽干、心下痛等宜大承气汤急下。若热邪伤阴又致下焦湿热、下利、小便不利心烦者，宜猪苓汤。若少阳枢机不利，热郁于中，耗伤元气，不能温煦四肢者，宜四逆散。诸热化证，常先上耗心阴，又及阳明，不可不察。

《素问·六元正纪大论》说："太阳寒化，施于少阴，少阴热化，施于阳明"。故少阴病既有寒化、又有热化的一面。少阴为太阳之里，是太阳阳气的直接输送化生者，故太阳表寒会直传少阴。少阴之阳气，来源于阳明充养，故少阴之热证，常传犯阳明。另一方面，从上述少阴病各方证来看，各方证也有轻重之分，说明对少阴心肾这一生命之能的储调系统的侵害程度，有轻重之差异，凡未伤真元不可辄云重证，病不离少阴经脉又不可谓其非少阴病。

少阴的生理与少阴病方证对照详见下图。

《内经》说："少阴之上，热气治之"，又说："少阴之上，名曰太阳"。《素问·阴阳离合论》当是指少阴发病的热化与受太阳寒水影响这两种主要倾向。《伤寒论》少阴篇实际上已从临床实际上对寒化与热化这两点作了具体化的阐述，尤其对太阳寒水兼少阴寒化作了更为明确的阐明发展，为指导后世临床作出了卓著的贡献。

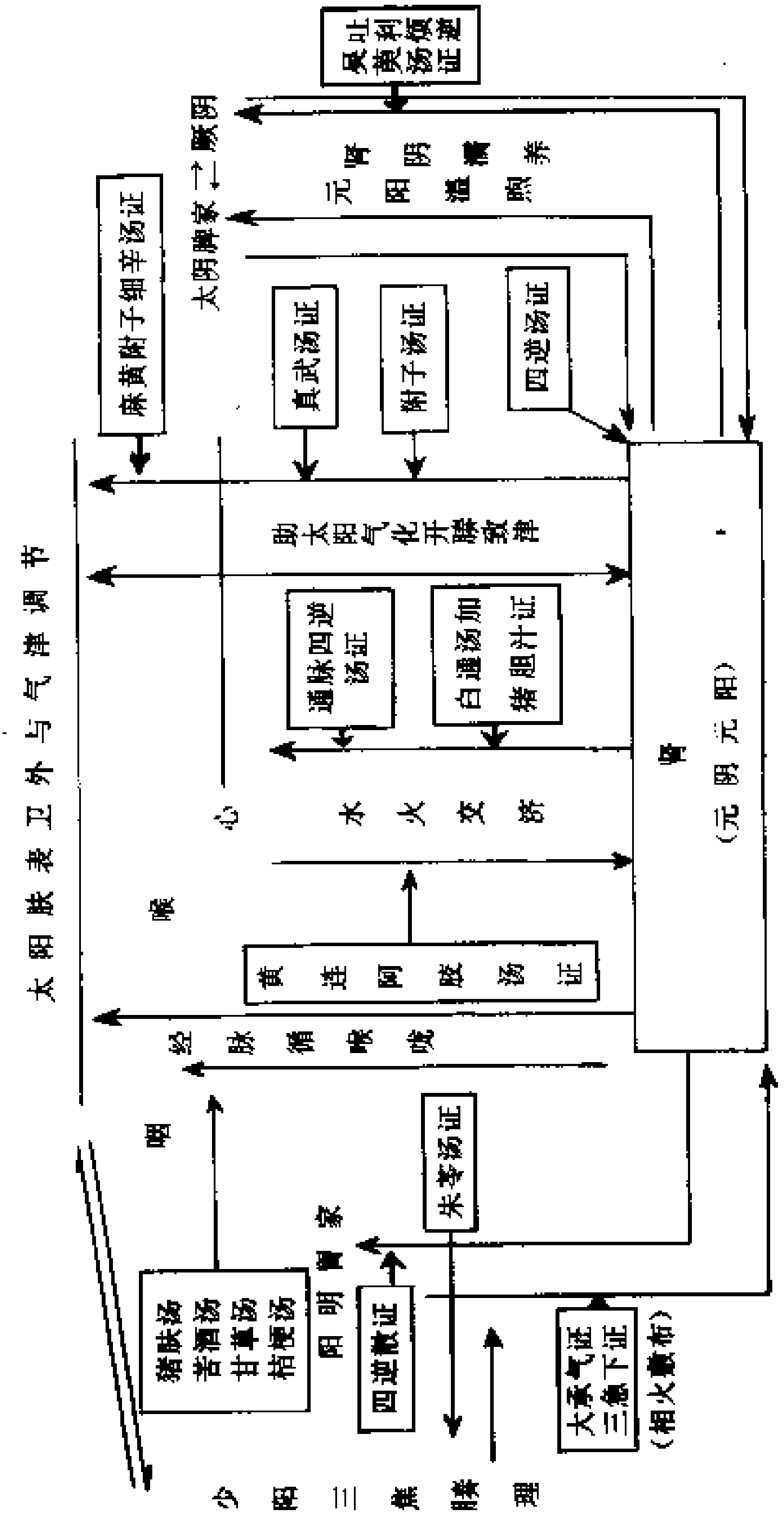
参 考 资 料

〔1〕蓝克信　杨麦青　从微循环角度来补充关于伤寒论中传经和六经的假说　《仲景学说研究与临床》　1985年（2）：2。

〔2〕谢永新等 《范中林六经辨证医案选》 辽宁科技出版社 1984：105～153。

四、少阴病义与临床应用

少阴以真阴为本，内寄元阳，心肾相交，水火相济才能完成神、精、气的枢化与调节作用。故不论是急性病，还是慢性证候，危及元气耗伤，精气枢化失调导致出现休克、衰竭、神气耗伤等即是少阴证的表证。若神、精、气枢转化生障碍，心肾水火不济，则易产生寒化与热化两类证候。寒常伤肾阳，热先耗心阴，故而常表现出上热下寒、假热真寒、标热本寒之候。因此也少不了上从下取之治则。范中林老中医在临床实践上经治了不少属少阴证的鼻衄、头痛、哮喘、咳嗽、喉痹、舌强、心悸、气厥，概用温煦下元的四逆汤加味而愈，药到之处，沉疴遂起，令人启发良多。这一类少阴证，虽然病见鼻衄、喉痹、头痛、喘促、舌强、气厥诸上逆之候，但必有舌质淡白、苔润有津、面色晦暗无泽、神疲、恶寒、四肢清冷、口不渴或不思饮或喜热饮、夜尿多、脉弱等之特点。例如范老治一例脑震荡后遗证九年，患者舌强咽干，晨间为甚，温水漱后才能说话，纳差畏寒，右上肢麻木、下肢沉重，动则气喘、目窠浮、神乏、伸舌左偏，舌苔灰白腻、脉沉，此为少阴阳衰阴盛证。以四逆汤、制附片（久煎）60克、干姜30克、炙甘草30克，服一剂即觉舌强好转，能说话，七剂后转合理中汤调治而舌强诸证基本治愈。



少阴生理与证治图示

恽铁樵氏[1]认为少阴寒化证急用附子的关键在于辨证用药，有如下三点：一辨脉，以“脉硬汗出”为特征。这一经验，来源于仲景“病人脉阴阳俱紧，反汗出者，亡阳也”。二辨舌，以“舌色干枯”为特征。舌色干枯如荔枝壳、色紫棕如劫津状，是肾阳虚衰、津不上承所致。正如《伤寒本旨》所云：“干燥者，阳虚不能化津上润也”。三辨汗：以“肌肤津润”为特征。是阴盛阳衰、虚阳上越之象。谓：“肌肤津润，其肤必凉；热厥指尖凉，阴证腕背面肤凉。”指出第一：腕背与手背先冷，此是亡阳之征兆；第二，手腕肤凉，全手皆凉，此为亡阳之证，用附子最有效，第三，四肢逆冷，冷过肘膝，此为亡阳危候，急进附子犹可转机；第四，体温外散，肌肤冷涣汗出，此时阳气已绝，再用附子难以挽回。这些经验，都有其理论依据与临床实践基础，颇足参考。

少阴证也有些热化证治，多为热邪循经络上犯，致咽痛生疮，或耗心阴于上之心烦不寐等证。也可看成精气枢化通路痞塞与失衡的反映。热厥之四逆散证，从药测证多倾向于属肝脾证治。从厥证治方看它，则属于精气枢化失衡的病理范畴，应属少阴证，用此方是对它另一功能的使用。如范老[2]治一女性，小便不畅十余年反复发作，尿道灼痛，淋漓不尽，见四肢不温、舌尖边红、苔白滑，用四逆散助精气枢化，加桔梗，茯苓升降利水通淋，半月而愈。也算是个例案。

参考资料

〔1〕施毅　恽铁樵妙着用附子　上海中医药杂志　1989，8：18。

〔2〕谢永新等　《范中林六经辨证医案选》　辽宁科学技术出版社　1984：150～151。

第七节　厥阴与厥阴病

一、厥阴的涵义与作用

厥阴又称一阴，故阴分最少。《素问·阴阳类论》说："一阴至绝作朔晦"，"一阴为独使"，就意指一阴如月亮之暗尽转初明，已到阴尽阳复、交通阴阳的势位。厥者尽也。即《素问·至真要大论》云"两阴交尽"之意。其中交字，可理解成交合或至之意。"交尽"应是意指此阴分从两阴交汇余阴而成，而从太阴与少阴至此厥阴，阴分从多到少，是最后也是最有限的阴分层次之意。肝为厥阴之脏，又是"罢极之本"，（《素问·六节脏象论》），联系"罢极"来认识"尽阴"，就不难理解厥阴已是疲劳或衰弱的最末调节的储备机制。因为厥阴者，肝与心包也。心包为心之外卫、也能助心主血；肝主藏血，都内寄相火。故《素问·阴阳离合论》说："厥阴为合"，意指它主要依靠合藏阴血，并内寄相火以应机体不时之需。它既与太阴的大量水谷精津的开放、敷布全身不可比拟，又不能与少阴心肾枢化精气以燮理全身同日而语，而是最有限、且是最后层次的阴分燮理系统。

二、厥阴的生理

厥阴的机能，就是肝与心包的若干主要机能的体现。肝

阴的来源有三：一是从肾精化清血而归于肝，由于肝阴常得肾阴充养，故又叫肝肾同源。二是中焦取汁奉心化赤为血而藏于肝。三是中焦的精气散精于肝而充养肝的气阴。故肝阴实际来源于太阴与少阴，即“两阴交尽”的生理内涵。肝阳亦来源于肾中元阳，与心包同内寄相火。由于厥阴有储藏来自两阴的阴分与阳气的作用，又曰：“厥阴为合”。而寄藏的目的是为了用，为了不时之需，实际上是调节作用，肝喜条达主疏泄，有疏泄脾胃气机、敷布相火与贮藏调节血液的运行作用，故能以其储备的营血濡养脏腑，以其内寄的相火温煦四肢百骸。这就是它协调太阴之表与少阴之里的“独使”作用，也即以营血储调循行是三阴之津液、二阴之精气的交通输送作用。

三、厥阴病病机

厥阴病篇原文较多遗失而显得支离破碎，引起不少争论，因而被称作“千古疑案”。为避免争论引起的迷惑，在此仅从公认的毫无疑问的原文入手讨论，以图从大处着眼来认识它的本质。

（一）寒遏厥阴，气火郁阻

“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止”（326）。这是厥阴篇第一条。此条症状的病机，如果作杂病用脏腑辨证，有可能会被作为肝肾阴虚论治，但纵观厥阴篇全文所论，可以肯定无一可支持这种

认识之处，并且无主治阴虚之方。而被公认能主治此证者，是治疗吐蛔肢厥的蛔厥证主方——乌梅丸方。笔者认为，伤寒至厥阴，不论直中，或是传变，已是最后阶段。但不见里寒，却见此一派相火内郁之象，唯一的可能是厥阴之阳气为寒邪所闭遏，激发相火所致。寒遏相火，火欲上突则气上撞心，心中疼热；相火横扰中焦则消渴、饥不能食。此中道理，与太阳伤寒会出现烦躁、发热无汗、身痛表实热闭遏的大青龙汤证的机理相仿。而乌梅丸方恰可以细辛、桂枝、蜀椒以散肝之寒邪，附子、干姜以助肾中之元阳，正合“肝欲散、急食辛以散之，以辛补之。”而取黄柏、黄连清内郁之火，合乌梅酸以泻之，以酸苦为阴之故；再加当归、人参补血益气，使厥阴之寒可散、热可泻气血得复。方中药味虽多方兼顾，仍以辛散为主，因而是较合适治疗厥阴病的主方。

（二）营血异循、相火勃发

厥热胜复显然是厥阴病篇所特有的证候，也是上述证候的进一步发展。因为上证失治，寒郁闭遏既久，若寒邪胜则必厥，以阳气郁不能温达四肢之故。若阳气郁而化火胜则火气外发时必发热。古人云：厥阴在生理上原为阴尽阳复之脏，具有交通阴阳、调燮阴阳平复的作用，正如少阳有调燮寒热，使寒热往来恢复的作用一样。这种认识需要深化，到底人体的一阴是什么物质，具有这种性质并能完成这一机能呢？显然，唯一的可能是上面生理机能提到的受肝与心包储备调控的营血。营血储调系统通过其循行内以交通协调两阴津液与精气所，外以裁附一阳之气出入，从而完成交通阴阳的作用。

《素问·天元纪大论》说："君火以名，相火以位"，既然君火有名不主令，相火代君宣化火令。那么宣化火令的是内寄于心包与肝的相火，而相火又即是人身的动气，显然主要是指载附于营血之中的一阳之气，此是生理。一旦人之阴分受损，则营血循行异常，相火妄动为贼邪，或风火相煽即是病及厥阴的标志，此是病理变化。纵观各家相火之论，大致如此。

厥热胜复这一证候表现，不论我们是否见过，但就其病理本质来分析：厥是营血不能营四末，或逆而上行；热是相火勃发，交替出现必是受邪阻遏。所以厥热胜复正是厥阴这一营血储调系统受寒邪遏伤后阴阳调燮危机的直接反映。或者说是发热与微循环障碍交替出现是机体正发馈与负反馈的自身调节的特殊状态。就象前后摇摆欲坠的自行车，取决于骑车者最后的控制自稳能力一样，厥阴的自身调燮尚受全身阴液与阳气最后的支持与影响。故《伤寒论》把发热与厥的时间相等与否作为观察机体寒与热、邪与正相争是否平衡的标志。若寒邪胜则厥不回而正气消亡，若阳热胜则寒邪退厥自止、机体向愈。这种从生理上阴尽阳复到病理上的厥热胜复的机制，恰恰又直接反映了肝为将军之官，又是罢极之本的特性。

四、厥阴病相关证

若寒邪伤肝，里无盛郁之相火，气血受寒不能温四末，致手足厥寒、脉细欲绝，宜散寒养血温经，是当归四逆汤证。如肝胆气机郁结，阳郁于里，手足不温之热厥证，或热厥往来、腹痛、泄利下重者宜参少阴篇四逆散证。若中焦虚寒不能散

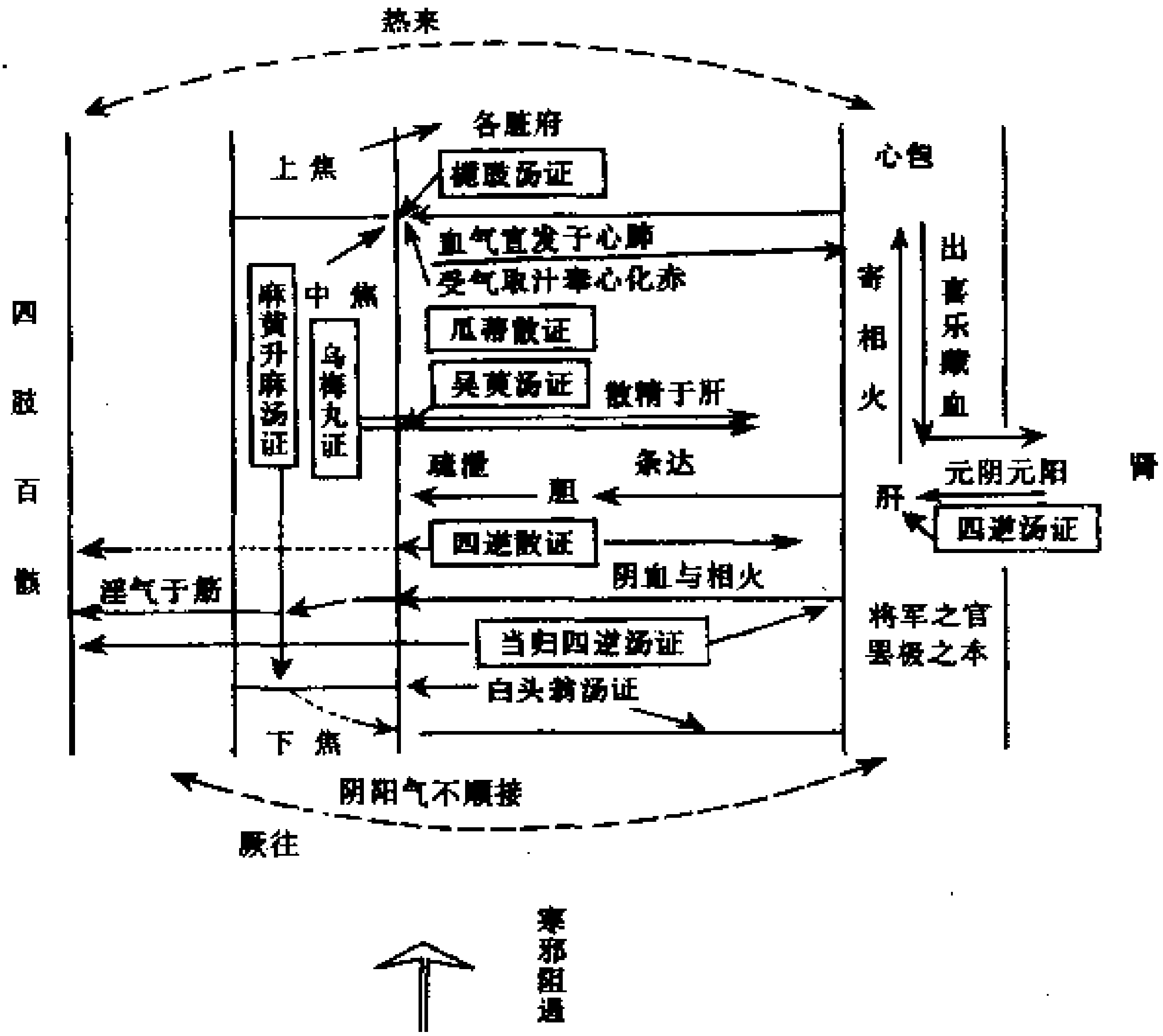
精温养于肝，至肝胃之气挟寒浊上逆是吴茱萸汤证。若肝郁已化热，下迫大肠，热痢后重，是白头翁汤证。若厥阴之郁热犯上焦，宜从上宣散，轻者为下利后虚烦，是栀豉汤证；重者邪热结在胸中，手足厥冷、胸满心烦、饥不能食，是痰热扰厥阴的瓜蒂散证。若厥阴郁热上冲，咽喉不利、唾脓血，同时热又下迫大肠至泄利不止，并且热困于中而手足厥逆者是麻黄升麻汤证。若下利厥逆而又内拘急、大汗出、热不去为少阴阳气虚衰不能温煦厥阴的四逆汤证。篇中其余方证与厥阴病相类似，宜相鉴别。

厥阴的生理联系与厥阴病相关证病理对照详见下图。厥阴病常来自他经传变，也可以直中。但应注意的如《素问·六元正纪大论》所说："阳明燥化，施于厥阴。"故阳明病热盛伤阴迁延常会病及厥阴。如先发热而后厥的热厥证、厥热胜复证就是这种传变途径。

总之，厥阴病病机主要是寒邪遏阻厥阴，阴分受损，营血异循，气火受郁，或从内攻，或外发不达，或郁热上窜下迫，或厥热往来等。从寒遏到火郁都伤元气，并产生出寒热错杂、虚实相因、阴阳胜复的证候来。这一切，最后取决于衰弱的正气最后的调节能力。尤其是厥热往来时，元气胜则可望恢复，邪气胜则气尽人亡。生命直接取决于厥阴这最后的内稳态调节系统及全身气阴对厥阴的支持调燮力了。

临床上不少晚期肝病患者衰竭之时阴分受损、营血异循而又郁火上攻下迫等，虽然无寒邪阻遏不一定见厥热往来，但这种垂危病人似较多见"回光返照"，这从本质上说也是厥阴病正邪胜复的反映。另外，结合厥阴温病血分证动风动血的症候特点来看《内经》所谓："厥阴之上，风气治之"，那么

《伤寒论》的厥阴病应是由于厥阴寒邪遏阻、营血异循、相火窜伏，正邪胜复表现出的善行与多变的发病证候倾向是为“风”之病变。



厥阴生理与证治图示

五、厥阴病义与临床应用

厥阴是肝与心包储调营血的系统，是三阴调节的最末层次。寒遏脏腑，气火内郁，可见气上冲心诸证。营血循行异常，相火勃发则可见厥热胜复、动风动血诸候。这里所说的营血循行异常，我同意孙晓云氏[1]提出的"冲脉经气逆上"，产生的条件是脾气虚或阴虚。此见解颇有创见，但我觉得其意未尽。气血菀于上致厥逆，或营血不能温行四肢致肢厥等。俱是"阴阳气不相顺接"，俱可视作营血循行异常。目前临床罕见的厥热胜复应是一种特例。终究是营血储调系统自身紊乱的反应。这在病理上是完全可以分析理解的。例如：不少人公认乌梅丸方可治寒遏脏腑、气火内郁之消渴、气上冲心诸症，而张子辉氏[2]却能以之治疗营血异循的崩漏证 35 例。病例多属西医的功能性子宫出血。这些病人多寒热错杂，经水淋漓不断、色暗红或有血块、头晕耳鸣、咽干、饥不欲食、阵发性心悸烦乱、手足厥冷、便干尿黄、脐部压痛、脉沉缓或濡滑。这些病人每寒热挟杂、虚实相因，用乌梅丸方加味，多能取效。例如乔××，29 岁，患者于 2 个月前足月顺产，至今流血、淋漓不断，西医检查子宫复归良好，注射止血剂无效。近两天出血突然增多、有血块，腹痛较重，阵发性心悸烦乱，脐部跳动。干呕不能食，头晕目眩，手足发凉，面色苍白，胃脘及脐部压痛明显，舌质淡红苔黄厚，脉象沉滑。用乌梅丸方加阿胶、仙鹤草、三七等两剂血止、症大减。观察五个月，月经正常。这些病人心悸烦乱而又手足厥冷、经水紊乱，就是从寒热挟杂乃至产生营血异循，相火勃发的某种

反应。颇值思考。

另外，手足厥寒、脉细欲绝的当归四逆汤证，也是受寒邪后阳气遏阻，营血循行受阻的表现。范中林老中医就以此方治疗一些坐骨神经痛的寒痹证。总之，中心是营血储调机能的病变，而与这一中心有关的脏腑病变，就常寒热挟杂、虚实相因地反映出来。注意这一点时，对临床杂病如厥证，支气管扩张咯血，蛛网下腔出血、高血压等病的治疗是很有启发的。

引 用 资 料

（1）孙晓云　体内血液分布异常或循环异常引起的疾病　《新中医》　1980 增刊 1：46。

（2）张子辉　治疗崩漏 35 例的经验介绍　《中医杂志》　1964 10：14。

第八节　三 阴 小 结

少阳之气枢转津液于胆与三焦之府，枢转不利亦生相火之病。厥阴之气寄藏于阴血之中，阴分受损、营血异循、相火生而善行多变，即风火相煽。此风，实从营血循行异常而来。少阳厥阴相表里，少阳之气转枢气液的机能首先需要来自厥阴营血循行的内在物质保证与支持，气津与营血的阴阳关系相互为用。

经云："阴者，藏精而起亟者也"，"阴者脏也"，故六脏藏贮精微物质的机能都是生命机体赖以新陈代谢的物质基础，也都是机体的内稳态调节系统。而这种调节，由于各脏

阴分物质多少而异，处在机体不同的层次，从而有着不同的性质、起着不同的调燮作用。太阴以大量的津液为主要成分的水谷精微的吸收储运敷布为功能；少阴通过神—精—气的生理链，以中等量的物质储备调节生命能量为核心；厥阴以更次量的营血循行调燮为基调，从而完成机体三大层次的内稳态调节。这就是三阴层次区分与辨证治疗的主要意义之一。按照阴阳离合论的观点，三阴是阴分一分为三，合则为一；三阴的功能既可分而又密切联系而成一体的。三阴三阳的分与合亦如此。不赘。故三阴之病本质上是机体内稳态调节的紊乱。尤其是伤寒之后的"无热恶寒"之证，必然是三阴之病。反之，不等于说三阴病必无发热，详见各篇即可知悉。

第九节　六病总结与质疑汇释

一、六病总结

通过上述各节的分述，人们可以清楚地看到，十二经脉仅是三阴三阳的一个组成部份，并由它的循行路线所在体表的部位及所络属的脏腑而定性，并冠名于经脉之前，曰何阴阳何脏腑经。而《伤寒论》"六经辨证"的实质是三阴三阳病的六个分证系统。但三阴三阳病理系统并非虚名强立，故不能以八纲或变相的八纲辨证来理解它。因为它根植于五脏六腑六大经络及其气化的生理机能，是此六系统阴阳气演化与联系及其病理改变，结合外感疾病的实践，从而科学地确立

的六大病理层次。还可以换一个角度认识它：六经辨证实质上是阴阳学说的衍生物——三阴三阳理论、脏象经络学说与外感临床实践结合的产物。前者是中医理论体系的自然哲学基础，中者是中医医学自身的基础理论，后者是外感疾病医疗实践的总结。张仲景创立的六经辨证体系，可以说是医易结合在历史上第一个重要的里程碑（因阴阳学说是易学的灵魂）。因此，六经辨证体系与脏腑经络气化学说有大同，更有多异之处。要认识它，知其同不难，解其异却不易。例如，仅知手足太阳经为膀胱、小肠，何以能理解其主表的作用？更难认识麻黄汤与桂枝汤作为太阳病主方的意义与小肠、膀胱的联系。仅知脏腑经络学说，就不可能认识三阳病的恶寒、恶热、寒热往来外感发病传变热型与层次的机理；仅知手足经的络属关系，显然不足以透彻地认识它们同属在一个层次的阴阳系统中的意义。问题的产生从根本上说，是由于三阴三阳辨证从纵合的角度分析人整体阴阳气多少异用为本，结合以脏腑经络生理功能为标的。在先哲眼里，经络是通路，脏腑是阴阳气舍节之处，三阴三阳还应有它在躯体层次结构的归属等。据此三阴三阳与经络之间相关又有明显区别。仅以脏腑经络气化生理功能辨证还何须立三阴三阳之名以分病辨证？这是显而易见的。但长期以来，由于很多人不理解这一基本出发点，以致见标不见本，甚至本标倒置，从而产生出很多“不解之谜”。诸如太阳病咳喘与太阴肺的关系如何？太阴病为何只言脾不及肺？伤寒是否传足不传手经？如何评价厥阴病？等等。实际上太阳是指人体巨大的阳气充盛于表的抗寒调节机能为中心，及与此相关联的水液直接排贮功能，并主要体现于足太阳膀胱经府之上，自然与小肠也有牵连。太

阴是阴分最多的层次，其生理机能是指人体水谷精津的吸收储备为主的调节（运化、敷布）机能，病则生湿为主。故以脾家运化功能为主，以肺宣化功能为辅。只要从三阴三阳的实质内涵来理解，此类问题不难冰释疑云。而厥阴病的实质，也只能是营血储调为中心的脏腑经络功能系统失调的病变。另一方面，三阴三阳病变也必然会影响各脏腑经络的病变，从而产生出六病的诸多变证、兼证、相关证与及鉴别证来。传变的病所，往往反映了六病与各脏腑的联系，传变的性质，由阳气与津液受邪遏伤后如何进一步演变而定。各节中以内经为依据的生理联系图与《伤寒论》方证表所反映的病理联系都十分切合，也就充分说明了这一点。

二、质疑汇释

（一）日传一经与病愈日，欲解时释疑

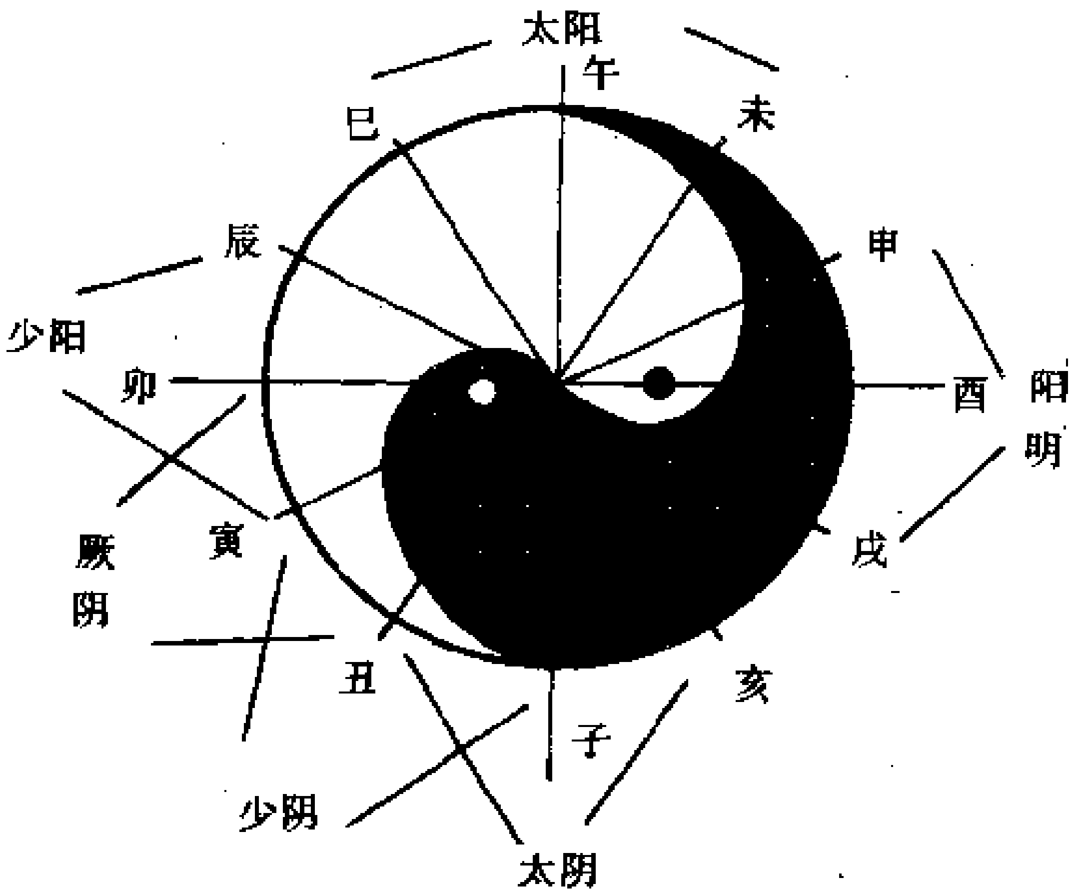
《伤寒论》有“日传一经”的提法。如“伤寒一日，太阳受之”，显然出自《素问·热论》“伤寒一日，巨阳受之”的影响，是承袭《内经》的一方面。但书中也有“伤寒五六日……”、“中风六七日……”的论述，这是实践中的真实记录，与《内经》“日传一经”不相符的记录。按照《伤寒论》篇次，六经的层次是太阳—阳明—少阳—太阴—少阴—厥阴。用“循经传”的经络观点解释是不能成立的。因为十二经络循行手足阳经相连，并挟在手足阴经之间，次序显然不同。而上述层次是按三阳——二阳——一阳——三阴——二阴——一

阴的阴阳消长太极循环论第次相传的。中心思想是外感邪气，主要指寒邪侵袭人体后，正常的阳气消长受阻而改变、导致时空改变一传经，而人体与自然界同步的阴阳消长首先以一日为周期，同步消长改变，故有“日传一经”的古述。这显然与古代医易相关的理论有关。与此相关的是“病愈日”与“欲解时”问题。《伤寒论》说：“发于阳、七日愈；发于阴、六日愈。以阳数七、阴数六故也”（7）。据陶治中氏研究[1]，“七日愈”来源于《周易》“七日来复”的天象自然数。“发于阴，六日愈”来源于地理的五脏五行生克循环数。而实际上以人体阴阳脏腑而言，发于阳者与六府相关，第七日为第二周期之始日；发于阴者与五脏相关，第六日为第二周期之始日。故应是机体阴阳消长重建稳态最有利的“病愈日”。“欲解时”与此意义相似。见下图。太阴为三阴，故欲解于一阳初生之中心子时；少阴为二阴，欲解于阳气初长之中心丑时；厥阴为一阴，欲解于阳气长之第三时、即中心寅时。阴尽阳生，少阳欲解于阴之将尽的中心卯时；太阳为三阳，欲解于一阴初生之中心午时；阳明为二阳，欲解于阳之将尽的中心酉时。

总之，三阳解时，在三阳旺时而解；三阴解时，亦在三阳初旺时而解。《伤寒论》以生阳为本之故，总与太阳在天体的运动与人体阳气的消长有密切的关系。“欲解时”是最有利于阳气恢复，使人体与自然阴阳消长同步的时机。当然并不一定“不治而愈”。“病愈日”是天人相应观指导下认识恢复人体与自然界阴阳消长同步人体脏腑内周期的内在时机。“欲解时”是天人相应中自然界因素为主导的外在时机。

（二）标本中气释疑

《素问·六微旨大论》说："少阳之上，火气治之，中见厥阴。阳明之上，燥气治之，中见太阴。太阳之上，寒气治之，中见少阴。厥阴之上，风气治之，中见少阳。少阴之上，热气治之，中见阳明。太阴之上，湿气治之，中见阳明。所谓本也，本之下、中之见也，见之下，气之标也。"这就是《内经》的标本中气学说。它以人体三阴三阳为标，六气为



太极（图）

本，一是阐明了二者之间的主从关系，即人要适应自然外环

境的关系；二是揭示六气与三阴三阳的某种对应关系。三阴三阳的病理生理及其发病主要倾向，不但有外感六气的因素，更有对应内生“六气”的病理系统。故我们上述各节阐述的三阴三阳又是人体内生“六气”的生理基础。古人认为，标本中气的“中气”，是标本之间所维系的阴阳表里关系。它调节气化盛衰，使阴阳配偶而起枢机作用。实质是三阴三阳的某一阴与阳之间在一方病变时，另一方起着调节作用。即太阳寒化病变时受少阴阳热的支持调节；病则如 20 条桂枝加附子汤证。少阴热化病变时受太阳津液贮调的调节，病则如 319 条猪苓汤证；阳明燥化病变时受太阴津液调节，病则如 247 条脾约丸证；太阴湿化病变时受阳明燥热调节，病则如 279 条桂枝加芍大黄汤证；少阳相火病变时受厥阴营血的调节，病则如 269、270 条证示；而厥阴营血失调时，风从内生，受少阳气津的调节，病则如 379 条小柴胡汤证；总之，标本中气学说是阐述在六气外感环境下，人体三阴三阳相感病变的三者间的关系，这对帮助人们理解与认识六经辨证的本质，有着很深刻的启发作用。

其中涉及标本从化问题，原意说：太阳少阴因标本异气、寒热两极，故可从标从本。阳明厥阴因燥从湿化，风从火化，同气相求，故不从标本，从中气。少阳太阴因标本同气，故从本。实际上从化问题主要指出外感六气后三阴三阳发病的转归。太阳的生理是巨大的阳气充盛于外的抗寒调节为中心，感寒后必然或从寒、或从热两极转化。故太阳病篇既可有汗后发热头眩的真武汤证，又有汗后脉洪大的白虎加人参汤证。少阴的生理是神、精、气化之所，藏精以稳内，化气以助太阳御外。若外感后生理功能障碍也会寒热两极转化。故少阴

篇有不能气化助阳则寒化而有真武汤，附子汤证，四逆汤证；又有藏精稳内障碍的黄连阿胶汤证，猪苓汤证、乃至四逆散证、少阴三急下以存阴证。故太阳少阴从标从本。阳明的生理是耐燥热的调节为中心，外感病发的转归只有赖太阴津液的多少存亡而定，故有白虎汤清热不伤阴、或急下以存阴为主要宗旨。若阳明中寒，必从湿化。厥阴生理是营血储调以维系内稳态，又受少阳游离的气津相助以运行调节。外感受邪所阻遏，营血循行异常，则相火勃发，风证内生。此时津与精难助，必先赖疏泄以通阳和阴，故赖少阳的气津的疏泄调和，故病则有379条的小柴胡汤证。因此，阳明厥阴的病理生理特点不从燥化、风化，而主要赖太阴、少阳而定转归。故说“从中气”。少阳的生理是游离的阳气以调燮寒热，外感后阳气阻遏，唯有化热化火。故说从本。太阴的生理是大量的津液敷布储调以稳内，外感受邪、必津液凝聚成湿、故说从本。综上所述，标本从化指出三阴三阳的外感后发病主要转归，是由三阴三阳自身的生理病理特点决定的。《伤寒论》均有方证证实了这些理论。

上文指出，太阳病抗寒调节为中心，阳明病以耐燥热调节为中心的病变，但《金匮》有“太阳中暍”，《伤寒》有“阳明中风”、“阳明中寒”，又该如何理解？太阳之表的生理是散发大量的阳气以御外，但又受日射的影响，暑热交迫又反迫胸中，内迫阳明之里，故太阳中暍仲景用白虎加人参汤、清里益气。其中中暍的“发热恶寒”、“若发汗则恶寒甚”，是与太阳伤寒鉴别之处。故太阳中暍，着重在中暍，从阳明出太阳而解。“阳明中寒”未见治方，191条说“阳明病，若中寒者，不能食……”，243条“食后欲呕，属阳明也，吴茱萸

汤主之”。此证属阳明、不能食，用吴茱萸汤应予考虑。可见，若阳明中寒，重在中寒论治，或“实则阳明、虚则太阴”从太阴论治。

如上所述，“日传一经”、“病愈日”、“欲解时”、“标本中气”都是在天人相应观的思想指导下阐明人体与天地自然的阴阳消长同步及相感而产生的阴阳变化的病理生理。目前，人与自然的阴阳消长同步的生物钟理论已广为人们所接受，而对这种阴阳相感的信息能量传递的客观途径却知之甚微，尚待研讨。“日传一经”的古述也许古代多见，现代难觅。但显然它只是阐述在天人相感应作用下，人体阴阳失调时则易依三阴三阳六层次的阴阳消长次序相感而产生病变而已。阴阳失调获得恢复最有利的内外时机是“病愈日”与“欲解时”。疾病是否传变或痊愈，应视感寒后机体内阳气与阴液的具体演变如何而定。这是我们对多年以来的争论与疑义的认识。结论只有这样，才较客观，较符合历史唯物论。

表一　　六经辨证系统归纳表

- 六经辨证系统（归纳）
  - 阴阳失司证（主导、本，三阴三阳之名以之辨证的意义所在）
  - 脏府经络失调证（标之常，阴阳气舍节之处与通路）
  - 三阳空窍证（标之异）

表二　三阴三阳六病分证归纳简表

证治 六病	阴阳失司证	脏腑证	经络空窍证	舌脉证	治法
太阳病(抗寒溉水失司)	恶寒发热	小便不利、汗出失调蓄水	头痛、项强、鼻衄、烦	舌质淡红润、苔白根腻、脉浮	汗法解表
阳明病(耐燥热与传导糟粕失司)	恶热、发热、潮热	口渴、便秘、燥屎	目不了了睛不和、目痛鼻赤	脉洪大、舌红苔干	清法、下法
少阳病(寒热整合失司)	寒热往来	胸胁苦满、胁痛、心下痞	口苦、咽干、目眩	苔薄白、脉弦	和解法
太阴病(储调津液失司)	恶寒、腹满而痛	下利、时腹自痛	四肢温	脉缓迟	温中法、祛寒湿
少阴病(神精气枢化失司)(生命能量储调)	形寒、但欲寐、神衰	心烦不寐、脉微细	咽痛、心烦、四肢厥冷	舌淡、脉迟微细	温下法或清上导下法
厥阴病(储调营血失司)	厥热往来	气上撞心、心中疼热、饥不欲食、食则吐、下利	头顶痛、吐涎、肢冷		祛寒通络、养血理肝

《伤寒论》的六经辨证，实质上是六病分证系统。而六病的确立，则为后学阅读《伤寒论》起到纲举目张的作用。而且也体现了《内经》"生之本，本于阴阳"，"治病必求其本"的指导思想，并使之具体化而为辨证论治的纲领了。

最后，归纳上述六经辨证系统与病变，见上两表。

（三）古方今用释疑

最后必须回答的问题是，"古方今病缘何相能？缘何不相能？"谓"古方今病不相能"是指随着人类社会的进步，时代变、环境变，人类疾病谱也在变。一是变得多因素、复杂化了。二是产生古所没有的新疾病等。这些新疾病是现代化科技生产环境等条件下产生的。是古代所未记载的。同时，由于人类总是不断有所发现，中医学也在不断进步发展的。经方在过去与现在都不可能囊括治疗所有的疾病，而仅是部分的疾病而已。故仲景师也明言："寻余所集，思过半矣。"这是古代科学家当时实事求是的科学态度。从这种意义上去认识说："古方今病不相能"是正确的。

另一方面，现代中医在中医现代化的实践中，发现上述问题仍可通过古方活用研究取得较显著的进展。一是对多因素、复杂化的疾病采用辨证论治的方法与思路，拟以方证相对、合方对证等方法治疗。而对新疾病也有不少通过活用古方而行之有效的。

从实践回到理论上来认识"古方今病缘何相能"的问题，从上述各节图示比较中提示，《伤寒论》方证与《内经》阐述的生理功能是基本吻合的，其中有些生理功能联系的环节未

引起后世的重视与阐发，在《伤寒论》的方证上却基本得到反映。换言之，六经证治体系又基本反映了作为人体科学的三阴三阳基本生理结构各环节的病变与治方。这是经方历千年之久，屡用不废的理论基因。但时代变，环境变，人类疾病谱变，也不能老固守经方一成不变，要充分与深刻地认识前人的成就与实践基础上不断发展新方。活用经方也要善于应变，才能做到“以不变应万变”。后学者也只有这样才不致迷失方向，并摆正老树干与新枝叶的关系——学好仲景学说，才能为学习中医垫好基础。并充分认识，中医现代化不能不要仲景学说。

参 考 资 料

〔1〕陶治中 《伤寒》“病愈日”与《周易》循环论 医易相关研究贵阳国际学术研讨会大会交流论文 1989。

第十节 六经辨证医案选介与简析

为便于学习六经辨证，兹选《范中林六经辨证医案选》的医案评析如下：

一、太阳证发热

郭××，女，24岁，北京某医院医务人员。

【病史】近3年来，常间歇性低热。1976年3月，感冒发热，曾服用感冒冲剂、四环素等药。其后经常自觉畏寒发热，常患扁桃体炎和关节痛。腋温，一般在37．4～38℃，偶

而在38℃以上。曾查血沉250毫米/小时，其他如白血球和基础代谢均正常。注射卡那霉素后，热暂退，但始终呈间歇性发作。自1978年初以后，每日皆发热两次，体温在37.5℃上下。虽经治疗，未愈。1979年3月来诊，按太阳伤寒证发热论治，两诊热退。

【初诊】3月1日。今晨自觉畏寒发热，测体温37.4℃。畏寒发热，身无汗，两膝关节疼痛，面色正常，唇淡红，舌质淡红而润、微紫暗，苔黄挟白较腻，脉浮紧。此为太阳伤寒表实证，法宜开腠发汗，安中攘外，以麻黄汤主之。

处方：麻黄10克，桂枝6克，甘草18克，杏仁15克，二剂。

【辨证】《伤寒论》云："太阳病，头痛发热，身疼腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。"此为太阳伤寒之主证。柯韵伯曾指出："麻黄八证……重在发热身疼，无汗而喘。本例患者未致肺气郁闭，故无喘证，其余麻黄汤之主证皆备。舌质淡红润，苔白为有寒象，这种舌质，再加淡黄色苔，参之舌微现紫暗，为陈寒郁滞已久之征。脉浮，病在表，紧则为寒。寒邪外束，身之阳气不得宣散，故令发热。此非阳明实热，故虽发热而不甚，虽间歇性发热而非潮热可比。寒主闭藏，使皮毛闭，故身无汗。营卫阻滞，失正常之卫外机能，故畏寒。寒邪郁于经脉之间，阳气不舒，故令骨节疼痛。

此病之初，原为外感风寒之邪，虽迁延三载，但始终缠绵未解，并未传经。转来初诊时，病仍属太阳伤寒表实，麻黄证具，故不拘其日，仍当发其汗。

【二诊】3月3日。服药后，身觉微汗出，恶寒减，舌

紫暗渐退，舌白滑根部微黄，脉细微缓。尚有轻微发热，病仍在太阳。服麻黄汤后，发热恶寒皆减，但现身汗出，脉微缓，营卫失和之象。法宜通阳解表，调和营卫，以桂枝汤加味主之。

处方：桂枝 10 克，白芍 10 克，炙甘草 6 克，生姜 60 克，大枣 10 枚，白薇 12 克，三剂。

【三诊】　3 月 8 日。上方服三剂后热退。两日来未再低热，试体温 36.7℃，膝关节偶尔有短瞬疼痛，微觉头昏，梦多，此外身无明显不适，舌脉均转正常。再少进调和营卫之剂，巩固疗效，并嘱其注意饮食起居，避免病情反复。

7 月 17 日随访，患者说：至第二诊服药后低热退，至今未再复发，自觉一直良好。

简析：此案长期低热仍作太阳证论治，颇有启发。其一是抓住恶寒发热这一太阳病的热型。其二是范老的宝贵经验是舌诊，他认为舌质淡红润，苔白黄是有寒象，加上淡黄苔，舌现微紫暗，是陈寒郁滞已久之征。即敢于认证而先用辛温解表。其三是所用桂枝汤方，仲景原方桂姜等量，而范老的生姜用至 60 克，是桂枝的 6 倍。大概是考虑郁寒既久，重用生姜以健胃散水气发汗吧。太阳病主要是体表抗寒泄水的失司，重用生姜恰能助太阳之表散功能。加白薇退郁久之热，亦显丝丝入扣。

二、太阳证咳嗽

常××，女，22 岁，中国人民解放军某部学员。

【病史】　患者 5 岁出麻疹时，曾合并肺炎。其后常吐浓痰，并转为咳血。1970 年，经北京儿家医院会诊，诊断为“支气管扩张”。先后在北京、上海、山西等地治疗，咳血基本控制，但经常头痛，时发高烧。医院多次建议手术治疗，患

者家属未接受。病情逐渐加重，终于不能坚持学习，从某军医学校休学。1978 年 5 月 2 日来诊，按太阳证温病论治，两月余基本治愈。

【初诊】 头昏头痛，身热而不恶寒；手心灼热，汗出，心烦，渴喜凉饮；咳嗽，频频吐大量浓黄稠痰，便秘，睡眠不安；面红亮，双颧有明显黑斑，唇绛红，舌质鲜红，苔黄厚腻而紧密，脉洪数。此系温病伏邪为外感所触发，并上犯肺经所至。法宜宣肺泄热，降逆止咳。以麻杏石甘汤加味主之。

处方：麻黄 10 克，杏仁 24 克，石膏 60 克，甘草 18 克，葶苈子 10 克，川贝 15 克。

【辨证】 《伤寒论》云："太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。"仲景在此提出不恶寒而渴，与恶寒而不渴，作为辨别温病与伤寒之标志。本例患者，虽身热头痛与伤寒相似，但不恶寒而渴，故当属温病。因伤寒传变化热，必传经而后渴；温邪不待传变，虽病在表而热邪伤津，故渴。同时伤寒为寒邪，故身发热而恶寒；温病为阳邪，故发热而不恶寒。此例温病，邪热壅肺，病根已深，肺失宣降，故咳甚，吐浓痰；蕴热日久，必伤血络而咳血。参之舌象，舌质鲜红，苔黄厚腻而紧密，亦与上述印证相符；而两颧属肺，湿积于肺，日久不得宣化，内聚成痰，外现于面，故形成两颧黑斑也。据此，立法处方，服药十剂，咳嗽与浓痰减，手心灼热，头痛心烦，睡眠不宁等均有好转，面红亮也稍退。

【二诊】 痰、咳、烦、热虽有好转，但舌质仍鲜红，苔黄少津，便秘，时有发烧，此郁热虽衰而津液未复。宜守原法，兼顾生津润燥而养阴。以麻杏石甘汤合竹叶石膏汤加减

主之。

处方：麻黄10克，杏仁18克，石膏60克，竹叶10克，麦冬12克，甘草3克，桑皮15克，川贝15克，黄芩10克，知母12克，荷叶12克，三剂。

服三剂后，发热、便秘、头晕、咳吐浓痰等显著好转。原方损益，又服十剂。

【三诊】 舌质红，苔白润，偶尔尚吐稠痰。上述诸症悉减，两颧黑斑基本消退，病已显著好转。为祛多年余邪，宜养阴清肺，以善其后。自拟养阴清肺汤而主之。

处方：桑皮12克，杏仁12克，川贝10克，橘红10克，麦冬12克，白芍12克，银花10克，连翘10克，甘草3克。

1979年2月25日追访患者，其家长告之，患者已于1978年秋复学，情况一直很好。

简析：这里讨论了太阳温病与麻杏石甘汤的问题。太阳温病既属温病，邪当从口鼻而入，肺内受温邪而发。而麻杏石甘汤证，原是伤寒之后，因误汗，下后，邪化热壅于肺气，遂喘而汗出。本病例起于麻后肺炎后遗，当属外感触发内伏的温邪而起，与麻杏石甘汤证相符，故能获效。本方石膏60克，加葶苈泻肺，川贝润肺，心法颇密。《金匮要略》尚有太阳中暍，是太阳之表外受日射的影响，暑热交迫，阳气郁不得入肌表发散，热邪反从胸内迫于阳明之里，故用白虎汤加人参治疗，亦当鉴别。

三、太阳证历节病

柴××，男，13岁。四川省郫县团结乡，学生。

【病史】 1975年11月，在校义务劳动中遇雨，全身湿

透，身觉不适。翌日，感周身骨节烦疼，服药效不显。一月后，双膝关节逐渐肿大，骨节变形，膝关节周围出现硬结。1976年1月初，下肢屈伸不利，行动困难。经××医院诊断为“风湿性关节炎”。同年2月初来诊，按历节病论治，月余病愈。

【初诊】　患者已卧床不起，由其父背来就诊。全身关节疼痛，尤以四肢为甚。双膝关节肿大，膝面有多处硬结，双手掌脱皮。双脚边缘红肿麻木。晚间自汗出，食欲不振。舌质较红，苔白微腻，脉浮紧数。此为太阳证历节病。法宜驱风解热，化湿散寒，以桂枝芍药知母汤主之。

处方：桂枝12克，赤芍12克，知母12克，麻黄10克，生姜10克，白术15克，甘草6克，防风12克，苡仁20克，三剂。

【辨证】　本例劳动中大汗出，风寒湿邪流注关节。正如仲景所书：“汗出入水中，如水伤心。历节黄汗出，故曰历节。”又云：“诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。”此例主证突出，风寒湿邪致痹，病属太阳类似证。但已有风从热化之象，故去附子，加苡仁以增强渗湿利痹，止痹痛拘挛之效。

【二诊】　上方服三剂，下肢渐能屈伸，诸证皆有好转，守原法加辽细辛再服二剂。

【三诊】　膝关节及脚肿消，膝面硬结缩小，变软。全身关节仍有轻微疼痛，原方加减续服。

处方：桂枝10克，赤芍12克，麻黄10克，生姜10克，白术12克，甘草3克，防风10克，茯苓12克，川芎10克，柴胡10克，前胡10克，羌活10克，独活10克，辽细辛3

克。

嘱服数剂，可停药，注意生活调养，忌食生冷和预防风寒。

月余后，其父来告，小儿关节已不疼痛，双膝硬结消失，病已痊愈。1979 年 7 月追访，其母曰：玉儿已长大成人，身体很健壮，自范老告戒后，不准洗冷水澡，食生冷之物，四年来病未复发。

简析：本例风湿关节炎，膝关节肿大硬结变形，一般属杂病。然范老抓住淋雨感寒而起及舌根苔腻，而用解太阳之法。先用桂枝芍药知母汤散体表初感之寒水，再因化热而去附子合用人参败毒散之柴胡、前胡、羌活、细辛，辛温解表，从而扩大了太阳病的证治范围。从发病过程上说应属太阳病，从整个病来看，又属历节病，因此，也是太阳病类似证。

四、太阳阳明证泄泻（过敏性结肠炎）

姚××，男，46 岁，四川成都某厂干部。

【病史】　曾于 1970 年夏患阿米巴痢疾，经医院治疗，痊愈出院。因饮食不节，过食生冷，病又复发，中西医治疗月余，腹泻止。但其后因工作劳累，饮食不慎，又出现腹部隐痛，腹泻便稀，日三、四次，1971 年经四川省××医院确诊为“过敏性结肠炎”、“慢性肠炎”。在成都先后经多处医疗单位治疗，服中药一百余剂，时好时坏，夏秋更重，迁延五年之久，1975 年 11 月 2 日来诊，按太阳阳明泄泻论治，月余而愈。

【初诊】　腹泻每日三、四次，胃腹胀满隐痛，大便时稀时秘，无脓血。头昏，身痛，神疲面黄，肢体消瘦，舌质

暗红，苔黄白而润，脉浮紧。此为外感风寒郁闭，寒湿留滞肠中，交织不解，迁延日久，属太阳阳明泄泻。宜先开腠理，除寒湿，以麻黄汤加味主之。

处方：麻黄 10 克，桂枝 10 克，杏仁 18 克，甘草 30 克，法夏 18 克，二剂。忌油腻、生冷。

【辨证】　患者几年前曾患痢疾，后又泄泻。虽排便次数较多，但无里急后重，下利赤白之主证；再参之西医诊断，当不再属痢疾。今头昏，身痛，苔黄白而润，脉浮紧，为太阳风寒束表之象。舌暗红，面萎黄，神倦体瘦，为病邪入里已久，邪实伤正之征。胃腹胀痛泄泻，表明外邪不解，内迫阳明，影响大肠而令传导失职。所以，此病应属太阳阳明合病泄泻。《伤寒论》云："太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。"病机与此相似，为何不用葛根汤？因此证历时久，病邪重，表实郁闭，水湿内聚，故须用麻黄汤解表散寒；加半夏燥湿，首开腠理，使邪仍从太阳而解。

【二诊】　服药后，食纳增加，余证未减，舌脉同前，虑其久病邪实，兼之既往所服药中，参芪归地等滋补药较多，致寒湿胶着，一时难以奏效。原方加生姜，温散以助之，再进二剂。

【三诊】　头身尚有微汗，疼痛减轻。苔腻稍减。腹痛，泄泻等尚无明显变化。继上方去桂枝，再服二剂。

【四诊】　太阳表实已解，时泻时秘虽减，但尚未根除。本自制针砂散方意，重用白矾，以攻其里，荡阳明之湿浊。

处方：针砂、白矾、绿矾、麦芽、广香、木通、硼砂、神曲、甘草。

白矾 50 克，余药各 30 克，共碾细末，以红糖一斤拌之

为丸，如梧桐子大。日二次，每服2粒。

连服二十余日，遂痊愈。1979年6月24日追访，从病愈以来，未再复发，体重增加11斤，身体健康。

简析：过敏性结肠炎很常见，今抓住头昏、身痛、苔黄白而润，脉浮紧为太阳风寒束表之象，是范老独到的经验。所谓“伤风不醒变成痨”，临床上不少慢性病从外感迁延，不解太阳之邪所致。方中麻黄汤加法夏18克，恐意在燥湿痰而除稀秘交替之症。甘草30克，以缓图，减少过敏。其用量之大，恰与前例桂枝汤重用生姜成对照。太阳阳明合病下利，则下利注意合病。亦应成为经验。用太阳之表不能散寒泄水，寒湿内迫阳明之故。

五、阳明证臌胀

范××，女，22岁。成都市龙泉区长风乡，农民。

【病史】　两岁时开始患腹胀，其后发展到全身皆肿，肌肉变硬，下阴常流黄水，臭味异常。十多年来，病魔缠身，其父为之四处求医，未见显效。1969年8月，前来就诊，按阳明腑证论治，服药两剂后基本痊愈。

【诊治】　腹胀如臌，胸胁满闷，皮色苍黄，全身肌肤胀硬，大便常秘结，所下如羊粪，已四日未行；下阴不断渗出臭黄水。舌质深红，苔黄燥，脉沉实有力。此为阳明腑证兼水热互结。法宜峻下热结，兼逐积水，以大承气并大陷胸汤加味主之。

处方：生大黄18克，厚朴30克，枳实30克，芒硝30克，甘遂15克（冲服），芫花15克（冲服），桑皮60克。

先服一剂，泻下燥屎10余枚，并臭秽黄水甚多，腹部硬胀消失大半。继服一剂，胸腹肿胀皆消，全身肌肤变软，下阴

外渗之黄水亦止。因自觉病势轻减，加以客居成都，经济困难，遂自行停药回家，不久患者邻友来告，已康复如常。1979年7月追访，病愈结婚，并生一子。十年来身体一直很好。

【辨证】 患者虽病情颇长，因正值青春，素体阳旺，胸腹肿满，皮色苍黄，大便秘结，舌红苔燥，脉沉实有力，显然属阳，属热，属里，属实。正所谓“大实有羸状”，再观之大便硬结如羊屎，几日未行，应为阳明腑实，痞满燥热俱备无疑。然此证又现全身肌肤肿胀，从心下连及少腹，胀满尤甚，同时下阴流黄水而恶臭，皆为热结水积之象，即燥热结胸之证。由此形成阳明腑实为主，太阳结胸相兼，邪实病深，错综复杂之局面。热结须峻下，积水宜攻逐，病重不可药轻。因此，大承气与大陷胸汇成一方，大剂猛攻之，取其斩关夺隘之力。

简析：本病例有否外感风寒史已无从追究，似属杂病范围。而患者既有阳明便秘，苔黄燥之腑证，又有腹胀胸闷，全身肿，下阴黄水异臭似水热互结之证。故用大承气汤合大陷胸汤而获效。胸腹水热互结可由阳明腑热燥结不通而加剧，故此处的启发是，阳明腑燥热的调节首重一个通字，不通则可燥结，或兼水热互结，或与血结，通则诸证可去。

六、太阳少阳证胁痛(慢性肝炎，早期肝硬化)

薛××，男，42岁，成都市某厂干部。

【病史】 自1969年患慢性肝炎，1971年肝大肋下3厘米，剑突下5厘米，肝区胀痛，经治疗病情未控制。于1972年春，开始全休，同年5月27日来诊。

【初诊】 肝区胀痛，食欲日益减退，进食后腹胀，坐立

不安。腰部如金带紧束，难以蹲下。头疼恶寒，面色青黄，两颊瘦削，眼胞与双足微现浮肿。舌质暗淡，边缘稍红，苔淡黄夹白，根部稍厚腻。此为少阳证，兼太阳伤寒，宜先开郁闭，散寒除湿，以麻黄汤加味主之。

处方：麻黄 10 克，桂枝 10 克，杏仁 12 克，炙甘草 15 克，法夏 18 克。

服四剂后，头痛与肝区痛略减，余证无明显变化。为增强散寒除湿，通阳行气之力，继用甘草麻黄汤，再服五剂。舌质渐转红，苔腻稍退，现寒湿风热交织之象，为引邪外出，选用荆防败毒散，去川芎，羌活，独活，酌加桑叶，黄芩，牛蒡等，辛温发汗与辛凉清解之品相配伍，服二十余剂。

【二诊】 胁、腰部紧束沉重之感稍减，眼胞浮肿渐消，全身初觉松动，舌苔仍腻而紧密，根部较厚。风寒湿邪积聚已久，蕴结于肝胃，气机阻滞，故胸胁中脘仍觉胀满。今乘表邪已解之机，又据邪实而主证在上之理，因势利导，“其高者，因而越之”，运用吐法，两月之内，先后用自制“二妙丹”引吐两次，吐出大量痰涎泫液，并配合服用针砂散。

处方一：“二妙丹”

绿矾 3 克，白矾 3 克，硼砂 1 克。

炼制成丹，空腹用温开水送服 1 克。

处方二，“针砂散”

针砂　硼砂　绿矾　白矾　神曲　麦芽　木通　广香　甘草各 10 克，共研细末。

第一周，每日晨空腹用米汤冲服一次，每次 3 克；其后，每三日服一次。

【三诊】 自觉证状著减，纳增。活动时，肝区仍觉坠胀，

疼痛。少阳证未解。以自制回生丹加味，配合针砂散疏肝行气，开窍止痛，缓缓服之。

处方："回生丹"

薰香，丁香、广香、辽细辛、巴豆、牙皂、雄黄、朱砂、白矾、蟾酥、麝香。

炼制成丸，如绿豆大，痛时服 2—3 粒，每日一次。针砂散每周服一次，每次服 3 克。上方服用两月。

前后治疗五个月，病情基本好转，遂停服汤药，继服回生丹、针砂散，又调养五个月，重返工作岗位，坚持全日工作。

1987 年 12 月，患者来信说："六年来，一直坚守岗位，心情愉快。今年检查，肝肿大已消失，触肝肋下 1.5cm，剑突下 2.5cm 质软，基本上无痛感。即使繁重的工作也能胜任。"

简析：本例慢性肝炎三年，肝区胀痛，而抓住头痛恶寒目浮，舌根苔白腻厚认为是太阳未解，肝区胀痛属少阳证。也是别开生面的。按范老认为，这种胁痛，纯少阳者少，太阳与少阳相兼夹者多。先外感风寒，太阳散寒泄水失司，缠绵不解，邪传少阳，气血凝滞而成。这种对伤寒杂病认识的独到经验，值得重视与借鉴。

七、太阴证水肿

于××，男，41 岁，北京某机关干部。

【病史】　全身浮肿十年，近一年加重，出国工作期间，曾患疟疾，服奎宁半年而愈。回国后，1969 年到西南山区，在潮湿闷热之坑道内工作一年多。逐渐感到全身乏力，肢体沉重，食欲减退，且从下肢开始浮肿。1978 年初，病情发展，上肢麻木不能写字，下肢关节冷痛，全身浮肿明显加重。口干，欲大

量热饮。小便短少，时而点滴而下，体重由140斤增至174斤。北京××医院诊为“前列腺炎”，但水肿原因始终未查明。

【初诊】 1978年8月4日。因一周前参加夏收后，浮肿加剧。面部与四肢尤甚，按之凹陷，神疲，纳呆、腹满、喜热饮，腹痛、阳痿、小便短少，时而点滴而下，面暗黑无华，舌淡，苔白滑腻。此为太阴脾虚湿郁所致。初因湿热内困，后伤及脾阳，故水液内停；而太阴之伤，又累及足少阴肾，法宜温肾健脾，燥湿利水，以理中汤加减主之。

处方：

制附片30克(久煎)，白术15克，干姜15克，炙甘草12克，茯苓12克，上肉桂6克(冲服)。

【二诊】 8月18日。上方服十剂，浮肿减轻，头晕、乏力好转。原方再服二十剂。

【三诊】 9月18日。全身浮肿消退大半，纳增，小便较前通畅。上方加桂枝10克，生姜皮60克，以增化气行水之力，续服十五剂。

【四诊】 10月8日。浮肿基本消退，诸症均明显好转。为巩固疗效，以理中丸加味缓缓服之。

处方：

党参30克，炒白术60克，干姜60克，炙甘草30克，制附片120克，茯苓60克，上肉桂10克。

十剂，共为细末，水打为丸。日服2次，每次10克。

1979年5月15日追访，服丸药四个多月，病痊愈，体重由170余斤降至140余斤。

简析：本例全身浮肿十年，因在潮湿环境下工作加剧。小便点滴，显与外感生湿有关，而用六经辨证尚属外延。“太阴之上，湿气治之”。太阴

病的主要倾向是外感生湿。太阴津液储调失司故浮肿证作。方用大剂理中加熟附120克，茯苓、上肉桂，兼温行肾阳利水亦是关键。

八、太阴少阴证睑废(重症肌无力眼肌型)

撒××，女，17岁。北京市中学生。

【病史】 1978年4月22日，忽觉眼不能睁，视物双影，眼胞肿胀不适。在首都医院检查，做“新斯的明”试验和肌电图检查，确诊为“重症肌无力眼肌型”。转××医院治疗，服中药半年余，未获效。同年10月18日来诊，经治五个月，眼睑开始恢复正常。

【初诊】 左眼胞下垂，无力睁开。双眼胞皆浮肿，双膝关节疼痛，月经色暗，有乌黑瘀血块，面色萎白无华，额面部湿疹较多，唇色淡白，舌淡暗微红，边缘有齿痕，苔灰白夹灰黄，根部厚腻而紧密，脉沉细。此为太阴少阴合病睑废，兼有太阳表邪未去，先宜温经解表为治，以麻黄细辛附子汤加味主之。

处方：

麻黄10克，制附片30克(久煎)，辽细辛3克，桂枝6克，炮姜20克，血余炭20克，甘草15克。

【二诊】 上方服二剂，关节痛稍减。眼肌有轻微跳动感，苔转灰白腻，余证同前。精神萎靡，四肢不温，虽值年少，但肾阳不足，须从根本入手，峻补先天，以四逆汤主之。

处方：

制附片60克(久煎)，干姜片30克，炙甘草30克。

【三诊】 上方服三剂，眼肌颤动消失，眼胞浮肿稍减。左眼睑仍重垂无力。宜温补脾肾，助阳驱阴，拟四逆并理中加

减并进。

处方：

制附片 60 克(久煎)，干姜片 30 克，炙甘草 15 克，炒白术 25 克，茯苓 25 克，上肉桂 10 克(冲服)，生姜 60 克。

【四诊】 原方出入增减，每日一剂，坚持服二月余。至 1979 年 1 月 1 日，左眼睑有两次短暂开裂，前后持续约一小时。仍遵原法，四逆、理中交替使用，或合为一方。当月经不调，夹紫黑血块，则加炮姜，血余炭；兼有表证，则加麻黄、桂枝等，又服二月余。

【五诊】 1979 年 3 月初，左眼上胞下垂明显好转，眼睑已能睁开，比正常略小，双眼胞尚有轻度浮肿。左右眼视物，常不能协调。面额部湿疹明显消退。经色转为正常，但有少量瘀血块，食纳尚可，舌质稍转淡红润，苔薄白。逐渐阳复阴消，仍有脾肾阳虚之象。以理中汤并桂枝去芍药加附子汤损益调理。

处方：

桂枝 10 克，炙甘草 15 克，生姜 30 克，红枣 30 克，炒白术 20 克，茯苓 20 克，制附片 30 克(久煎)

上方随证加减，并用苓桂术甘汤，小半夏汤，针砂散等配合使用。1979 年 4 月以后，偶有双眼视物不协调，双眼上胞轻微浮肿。继续调理，以期巩固。

简析：患者双眼胞肿胀不睁，复视半年，但其人舌淡暗微红，苔灰白夹黄，根部厚腻而紧密，范老认为有太阳表证，先加麻黄、桂枝解表，其义不容忽视。第二是眼胞属脾所主，故为太阴湿困之证。第三是神疲，四肢不温，脉沉微为少阴阳虚，神、精、气枢化不足所致，故治法上先两解太阳少阴，再合治太阴少阴。月经夹黑血块，加炮姜、血余炭，意取温经通脉止

血，也是用药心法上的独特经验。

九、太阳少阴证头痛

李××，男，48岁。解放军某部老红军。

【病史】 1957年12月，患剧烈头痛，夜间尤甚。痛时自觉头部紧缩似鸡蛋大小。如铁箍紧束，不能入睡。在四川××医院住院八个多月，病因不明，按“神经官能症”治疗。每日服安眠药强行控制。出院后，头痛复发时，又增肩背痛楚如缚。后转部队××医院，采用睡眠疗法等治疗。又入××医院，按“癔病”论治。病情未见好转，被迫全休。每日剧痛发作一至数次。发展严重时，舌强目呆，手不能提，脚不能移，说不出话。1965年来诊。

【初诊】 头剧痛，连及肩背，每日发作数次。神衰气短，四肢无力，手足不温，经常下利。面色萎黄。舌质暗淡，苔黄夹白，根部厚腻。此为太阳少阴证，多年陈寒凝聚已深，表里之邪交织难解。法宜扶阳解表，峻逐阴寒。以麻黄细辛附子汤加味主之。

处方：

麻黄10克，制附片60克(久煎)，辽细辛6克，桂枝12克，干姜60克，生姜120克，甘草30克。

【二诊】 上方连服十余剂，头痛减轻，余证同前，病重药轻，熟附久煎，难奏其功，遂令将上方加倍重用附子，改久煎制附片为略煎(煮沸后二十分钟下群药)。嘱其尽量多服，若身麻，甚则失去知觉，不必惊骇，任其自行恢复。

处方：

麻黄10克，制附片120克（略煎），辽细辛6克，桂枝12克，干姜60克，生姜120克，甘草30克。

患者遵法服之，服后等待药性发作。半小时后，信步庭院，忽然倒下。被家人抬进卧室，很快清醒，除全身发麻外，无明显不适。起身后，又倒在地上，口中流出不少清涎粘液。数小时后，逐渐恢复常态，间隔数日，依上法又重复一次。从此，多年剧痛明显减轻，头、肩、背如紧箍重压之苦，皆如释，其后将初诊方附片久煎又连续服用两月，病遂基本治愈。十余年来，未再复发。

1979年10月31日追访：患者已年逾花甲，谈笑风生，介绍二十年来患此病之种种经历，不胜感激之至。

简析：头痛连肩背，舌质暗淡，苔黄夹白，根部厚腻，这是太阳之表散寒泄水失司于经府的反映。八年陈寒，病及少阴。神、精、气枢化不足，故神衰、气短、面色萎黄、手足不温、经常下利。然熟附120克略煎，服药后身麻，失去知觉，明是乌头碱中毒的表现。前人云："药不瞑眩，厥疾不瘳"，足见范老胆识过人，但若经验不足者，乃当谨慎。

十、少阴证虚损

陈××，男，28岁，解放军某部医生。

【病史】　1971年，到西藏某地执行任务，长期风餐露宿而致病。开始自觉指尖、手掌、下肢关节咯咯作响，继而面肿，心悸、腰痛彻夜不眠。某部医院曾按"肾炎"治疗一段时间。后改服清热解毒之品，包括犀角、羚角等。逐渐神疲、乏力、纳呆。其后按"肝肾亏损，气血亏耗"论治，服滋补之剂。曾出现脑内如鸣、头顶发脱、心悸加重、动则气喘、身出冷汗、肢体皆

痛、四肢麻木等证。至1977年1月3日，自觉口内从左侧冒出一股凉气，频吐白泡沫痰涎，胸中如有水荡漾，左耳不断渗出黄水，听力减退，走路摇摆不定，血压70/50毫米汞柱。同年5月22日，突然昏倒。急入××医院，住院治疗三月，未查明病因。面部及双下肢浮肿加重，头昏胀难忍，转送××医院会诊左半身痛，温觉明显减退，左上肢难举，提睾反射消失，悬雍垂向左弯曲，舌向左偏。结论为："左半身麻木，感痛觉障碍，左上肢无力，水肿待诊。"数年来，服中药千余剂。1977年9月，转来就诊。

【初诊】 面部与双下肢肿胀，左半身及手足麻木，四肢厥冷，脑鸣、头摇、神疲，心悸、失眠、记忆力及听力减退，身痛、胁痛。口中频频冒冷气，吐大量泡沫痰涎，纳呆、大便稀薄，小便失禁。舌质暗淡，胖嫩，边缘齿痕明显，苔白滑厚腻而紧密，脉沉细。此为少阴寒化，迁延日久，阴盛阳微，气血亏损，已成坏病。法宜回阳救逆，化气行水，以四逆汤，真武汤加减主之。

处方：

制附片120克(久煎)，干姜60克，生姜120克，炙甘草30克，茯苓30克，白术30克，桂枝10克，辽细辛6克。

【二诊】 上方服二十余剂，脑鸣消失，心悸好转，面部及下肢浮肿显著消退，小便失禁转为余沥。多年痼疾初见成效，守原方续服。

制附片120克(久煎)，干姜60克，炙甘草60克，桂枝10克，生姜皮60克，辽细辛3克，茯苓30克。

【三诊】 服十剂后，口中已不冒凉气，神疲、肢冷、纳呆、便溏均有好转，但仍不断吐白沫，余证尚无明显改善。少阴阳衰日久，沉寒痼冷已深，积重难返，法宜益火消阴，温补肾

阳，以四逆汤加上肉桂，嘱其坚持服用。可连服四、五剂后，停药两天再服，直至身体自觉温暖为止。并配服自制坎离丹。

处方：

制附片 60 克(久煎)，干姜 30 克，炙甘草 30 克，上肉桂 10 克(冲服)

上方连服半年，全身肿胀消退，摇头基本控制，身痛和手足麻木显著减轻，心悸明显消失，吐白沫大减，二便正常，血压回升到 120/80 毫米汞柱，身体逐渐恢复正常。

1979 年 11 月 20 日随访，于 1978 年下半年病基本痊愈，重新走上工作岗位。

简析：病起于风餐露宿，伤寒从微及渐，证属虚损，亦由邪气所夺。诸多病均提示伤寒而不是"急性"热病。此例面麻肢肿 5 年，服药千余剂后，遇范老始能以其神衰，小便失禁，口气冷，脉沉细等症确诊为少阴证，令人感慨！纵观全症，主要是神、精、气枢化不足所致，范老用药敢于大剂真武汤加减起沉疴，去痼疾，也是关键。

十一、少阴真寒假热(高热)

车××，男，74 岁，成都市居民。

【病史】 1975 年 4 月初，感受风寒，全身不适。自以为年迈体衰，营卫不固，加之经济困难，略知方药，遂自拟温补汤剂服之。拖延十余日，病未减轻，勉强外出散步，受风而病情加重。头昏体痛，面赤高热，神志恍惚，邻友见之急送××医院。查体温 39℃，诊为感冒高热，注射庆大霉素，并服西药，高烧仍不退，病势危重，邀范老至家中急诊。

【初诊】 患者阵阵昏迷不醒，脉微欲绝。已高热三日，

虽身热异常，但重被覆盖，仍觉心中寒冷。饮食未进，二便闭塞，双颧潮红，舌淡润滑，苔厚腻而黑。患者年逾七旬，阴寒过胜，恐有立亡之危。虽兼太阳表证，应先救其里，急投通脉四逆汤抢救之。

处方：

生甘草 30 克，干姜 60 克，制附片 60 克(久煎)，葱白 60 克。

【辨证】 患者高热、神昏、面赤、苔黑、二便不通，似阳热之象。虽高热，反欲重被覆身；身热面赤，而四肢厥冷。二便不通，却腹无所苦。苔黑厚腻，但舌润有津。高热神昏，无谵妄狂乱之象，而脉现沉微。参之年已古稀，体弱气衰，实一派少阴孤阳飞越之候，生气欲离，亡在倾刻。故应急投通脉四逆加葱，直追其散失欲绝之阳。

【二诊】 服上方二剂，热退，黑苔显著减少。阳回而阴霾之气初消，阴阳格拒之象已解。但头痛、身痛、表证仍在；肾阳虚衰，不能化气，故仍二便不利。以麻黄附子甘草汤驱其寒而固其阳，加葱生少阳生发之气。

处方：

麻黄 10 克，制附片 60 克(久煎)，生甘草 20 克，葱白 120 克，四剂。

【三诊】 上方服四剂，头不觉昏，二便通利，黑苔退尽。唯身痛未除。虽阳回，表解，仍舌淡，肢冷，阴寒内盛，呈阳虚身痛之象。宜温升元阳而祛寒邪，以四逆加辽细辛主之。

处方：

炙甘草 20 克、干姜 30 克、制附片 60 克(久煎)、辽细辛 6 克，三剂。

【四诊】 服二剂，余证悉除。其大病瘥后，真阳虚衰，以理中汤加味调理之。

处方：

潞党参15克，炒白术10克，炙甘草10克，干姜片15克，制附片30克，茯苓12克。

1979年7月18日追访，患者已79岁高龄，自病愈后，几年来身体一直较好。

简析：患者年迈体衰，感冒风寒，虽然高热面赤，但神迷，重被仍觉寒，舌淡润滑，苔厚腻而黑，脉微欲绝。真寒假热，有表有里，然此证虽无下利，仍急当救里，范老用通脉四逆汤加葱白二剂而热退，黑苔减，再用麻黄附子甘草汤加葱白四剂两解太阳少阴而表除。用四逆汤温少阴而收功。其中辨证首先是"脉微细，但欲寐"主要是少阴神精气枢化衰竭，生命能量储调系统危机的信号。本证证候就是这样，故能辨别真假。其中用药，葱白60～120克，透达表里，用意颇周到。

十二、厥阴证肠澼(急性痢疾)

江××，男，39岁。成都市金牛区营门口乡，农民。

【病史】 1977年8月下旬，在田间劳动忽感全身难受，四肢发凉，头冒冷汗，腹痛肠鸣。旋即昼夜腹泻，下痢频繁，夹脓带血。9月2日急来求诊。按厥阴证肠澼论治，服药两剂痊愈。

【诊治】 每日下利十余次，便稀带粘冻状、色黄赤，伴有腹痛，里急后重。兼见干呕、心烦、口渴、肢冷。舌质暗淡，尖部稍红，苔黄腻而厚。此为寒热错杂证肠澼，病在厥阴。法宜驱邪扶正，寒热并用，以乌梅丸主之。

处方：

乌梅30克，辽细辛6克，干姜30克，黄连12克，当归10克，制附片60克(久煎)，蜀椒6克，桂枝10克，党参12克，黄柏10克。二剂。忌食油荤、生冷。

上方连进两剂，肠澼痊愈。1979年6月随访，患者说：一年前病愈后，至今未再复发。

【辨证】 《素问·太阴阳明论篇》云："贼风虚邪者，阳受之；食饮不节，起居不时者，阴受之。阳受之，则入六府；阴受之，则入五脏……入五脏则䐜满闭塞，下为飧泄，久为肠澼。"可见肠澼往往与阴阳乖和有关，并现寒热混淆诸证。

本例上热下寒之证十分明显。厥阴为风木之气，偏盛则风邪上窜。令患者干呕、心烦、恶心、舌尖较红，皆为上热。肢体厥冷、小腹冷痛、下利清稀、间夹乌白冷冻，其下寒诸证尤为明显。归根到底，其病机在于阴阳之气不能相互贯通，是以上为阳，阳自阳而为热；下属阴，阴自阴而为寒。亦即"厥阴之胜"所致之肠澼，故以乌梅丸移治之。

简析：厥阴之证，非厥即利，厥热胜复，当代少见。而厥阴利证，实质仍属厥阴脏腑失调所致。乌梅丸方所主。

十三、厥阴证寒痹(坐骨神经痛)

郝×，男，70岁。四川某图书馆干部。

【病史】 曾有风湿性关节痛史。1973年冬，臀部及右腿冷痛难忍，不能坚持工作。经××医院检查，诊为"坐骨神经痛"。于1974年3月中旬来诊。

【初诊】 少腹及下肢发凉，膝关节以下微肿，行走困难，自右侧臀部沿腿至足抽掣冷痛。神疲、头昏、舌质淡红稍乌

暗，苔白滑腻满布，脉细弱。证属厥阴寒痹筋痛，以当归四逆汤加味，养血活络，温经散寒为治。

处方：

当归12克，桂枝15克，白芍12克，辽细辛5克，木通12克，炙甘草6克，大枣20克，牛膝12克，木瓜12克，独活10克，三剂。

【辨证】 风寒入肝则筋痛，入肾则骨痛，入脾则肉痛。正如《内经》所说："寒痹之为痛也，留而不去。"又云："病在筋，筋挛节痛，不可以行。"可见本证显系邪入厥阴肝经，寒邪凝滞，气血受阻所致。又本例冷痛，自臀部痛引下肢，小腹及四肢末端发凉。此为厥阴证之血虚寒凝。气血运行不畅，不通则痛。"欲续其脉，必益其血，欲益其血，必温其经"。故不以四逆姜附回阳，而以当归四逆温经散寒，养血活络为治。

【二诊】 服上方，肢痛减轻。原方续服四剂。

【三诊】 患者可缓步而行，疼痛大减。仍守原方，加苏叶10克，入血分散寒凝；加防风10克，祛经络之风邪，再服十剂。

【四诊】 半月后，疼痛基本消失，神疲，头晕显著好转，滑腻苔减。唯下肢稍有轻微麻木感，时有微肿。寒邪虽衰，湿邪阻络之象未全解，上方酌加除湿之品，以增强疗效。嘱其再服五剂。

处方：

当归12克，桂枝10克，白芍12克，木通12克，牛膝12克，茯苓15克，白术15克，苍术10克，苡仁15克，炙甘草6克。

一月后病基本痊愈，步履自如。

1979年7月15日追访：七年来病未复发，今年已七十七岁，身体尚好。

简析：风寒入肝则筋痛，今少腹及腰背以下发凉，或四肢末端冷，少腹腰臀以下疼痛，及所见舌脉，俱属寒凝肝脉，为厥阴之经脉证厥阴营血循行异常，不得温养筋脉所致。

第三章 仲景方技要义新析

第一节 组方配伍

皇甫谧于《释劝篇》中云："仲景垂妙于订方。"而订方之妙，关键在配伍。仲景方配伍精炼，方证相对，只要辨证准确，活用屡有奇效。为便于理解掌握，今试对《伤寒论》《金匮要略》的主要方从拆解方证入手，以求在比较中显露要义，体会仲景心法，深化认识，易于记忆，于此，是笔者有别于前人以类方识证的初衷。

一、姜枣草基础配方方证

仲景对外感风寒诸证，每用生姜、大枣、炙甘草作配伍基础，散寒益胃、鼓舞胃气，以助调和营卫。以此为基础之方进行变化加味方甚多，如桂枝汤类、柴胡汤类、葛根汤类、越婢汤类方证均在此列。除姜枣草外、剩下便是2～4味的药物配伍，如细心玩味，启发良多。

配桂枝　芍药(1∶1)成桂枝汤，治太阳中风，表虚自汗等。此方加减治表阳虚型的各种感冒、自汗、低热、偏瘫、糖尿病性神经痛、产后高热、冻疮、男性病、寒性的多形红斑、五官科病等。

配桂枝　芍药(2∶1)成桂枝加桂汤，治心阳虚、气从少腹

冲胸证。

配桂枝　成桂枝去芍汤，治太阳病脉促胸满证。

配桂枝　皂荚　成桂枝去芍加皂荚汤，治肺萎吐涎沫。

配桂枝　附子(4∶5)成桂枝去芍加附子汤或桂枝附子汤，治风寒湿痹证身痛，或需温经复阳、脉微恶寒者。此方加减，可治寒厥心痛、阳虚型的类风湿、坐骨神经痛、膝关节炎、产后痹痛、阳萎早泄、寒疝等。

配桂枝　麻黄　附子　细辛　成桂枝去芍加麻辛附子汤，治水气病，心下坚大如盘、边如旋杯之水肿证。也可治胃有痰饮、外感风寒的咳喘之证。

配桂枝　蜀漆　龙骨　牡蛎(3∶3∶5∶4)成桂枝去芍加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤，治伤寒火劫误治，惊狂不安证。

配桂枝　芍药(1∶2)　成桂枝加芍药汤，治邪陷太阴、里寒腹痛。

配桂枝　芍药(1∶2)大黄　成桂枝加芍药大黄汤，治上证挟实邪者。

配桂枝　芍药(1∶2)饴糖　成小建中汤，治太阴腹痛，能温中补虚，并治脾胃虚寒型的各种溃疡病、高血压或低血压、妇产科病等。

配桂枝　芍药　附子　成桂枝加附子汤，治表阳虚或心肾阳虚，汗漏不止诸证，也可借用于阳虚的乙型肝炎、鼻衄、带下清稀之证。

配桂枝　芍药　黄芪(3∶3∶2)成桂枝加黄芪汤，治黄汗脉浮。

配桂枝　芍药　人参　(3∶4∶3)成桂枝加芍药生姜人参新加汤，治伤寒汗余身痛脉沉迟。

配桂枝　芍药　葛根　成桂枝加葛根汤，治桂枝汤证项背强几几证。

配桂枝　芍药　花粉(3：3：2)成栝蒌桂枝汤，治太阳病项背强几几。

配桂枝　芍药　杏仁　厚朴　成桂枝加厚朴杏仁汤，治感风寒喘证。

配桂枝　芍药　龙骨　牡蛎(1：1：1：1)成桂枝加龙骨牡蛎汤，治男子失精、女子梦交、阳虚不固诸证。并可治与证型相类同的神经官能症。

配桂枝　芍药　麻黄　葛根(2：2：3：4)成葛根汤，治无汗气冲口噤作刚痉之症。太阳病项背强、或外感引起无汗抽搐之证。

配白术　附子　成《伤寒论》的桂枝加术汤或《金匮要略》的白术附子汤，或近效术附子汤，治风湿身疼痛、大便硬、小便自利之症，或风虚头眩、不知食味之证。

配麻黄　石膏(3：4)成越婢汤，治风水恶风身肿，或风湿热、关节肿大者。

配麻黄　石膏　半夏　成越婢加半夏汤，治肺胀咳喘上气证。

配麻黄　石膏术　成越婢加术汤，治水气病一身面目黄肿，或中风历节病、下焦脚弱、汗泄津脱。

配麻黄　石膏　杏仁　桂枝　成大青龙汤，治外感风寒，挟内有郁热烦躁者。或治水气病，溢饮浮肿者(此方重用石膏)

配麻黄　连翘　赤小豆　杏仁　梓白皮　成麻黄连翘赤小豆汤，治伤寒湿热，瘀热郁而发黄。并可活用于皮肤病、急性

肾炎等湿热郁于肤表者。

配桂枝　党参　麦冬　生地　阿胶　麻仁　成炙甘草汤（清酒煮），治伤寒心下悸、脉结代证。

配桂枝　芍药　当归　木通　细辛　吴萸　成当归四逆加生姜吴萸汤（加清酒煮），治伤寒脉细、手足厥寒证或寒凝肝脉之证。并可活用治疗寒凝血脉型的偏头痛、坐骨神经痛、缩阴证、血栓性脉管炎、妇科病等。

配柴胡　黄芩　半夏　党参　成小柴胡汤，治少阳病寒热往来、胸胁苦满等之证。本方以柴、芩疏肝清热，夏、参降胃益气，合姜枣草成小柴胡汤。此方加减适应证十分广泛，外感发热或内伤郁证均可，或肝胃不和型的内科消化系、心血管系疾病、肝脏病、妇科、五官科疾病均可于此方中加减治疗。

配柴胡　黄芩　半夏　党参　桂枝　芍药　成柴胡桂枝汤，治伤寒太阳少阳并病，并可参考应用治疗癫痫病，肝郁胃寒的消化系疾病等。

配黄芩　黄连　半夏　干姜　党参　成生姜泻心汤，本方以干姜配黄连、黄芩配半夏，寒热相反、苦降相合治心下痞、肠鸣下利之证。去生姜则成半夏泻心汤、甘草泻心汤证。

配旋复花　代赭石　半夏　党参成、旋复代赭石汤，以旋复花配代赫石轻重相异，降气相同为主，佐半夏配党参治心下痞、噫气不除，并可活用治疗支气管扩张咯血、痰饮眩晕等诸症。

配橘皮　竹茹　党参成　皮竹茹汤，治嗳气、呃逆挟中虚之证。

配桔梗　成排脓汤，治疮疡脓成、排脓。

二、桂枝配方方证(非姜枣草类)

桂枝汤以桂枝配芍药、结合姜枣草调和营卫，占去桂枝汤加减法的大部分，而桂枝配方不与姜枣草为伍，自有它通阳化气活血之功，今列如下：

配炙甘草　成桂枝甘草汤，治心阳虚、心下悸之证。

配炙甘草　龙骨　牡蛎　成桂枝甘草龙骨牡蛎汤，治伤寒火劫后心阳受损，阳气不敛，而出现惊狂卧不安证，可活用于心阳虚、烦躁诸证。

配炙甘草　大枣　茯苓　成桂苓枣甘汤，治汗后伤阳、脐下动悸、欲作气冲之证。此方有平冲作用，大枣用量较大。

配炙甘草　茯苓　白术　成苓桂术甘汤，治痰饮眩晕，可活用于脾阳虚型的内耳眩晕、慢性支气管炎、充血性心衰，溃疡病、遗尿诸症。

配甘草　茯苓　生姜　成茯苓甘草汤，治痰饮心下悸，能散水利尿除心下悸。

配茯苓　白术　泽泻　猪苓　成五苓散，此方以桂枝化气，配利水四药治太阳蓄水小便不利、水逆之证。可加减活用于下焦湿困的泌尿系感染，或急性肾炎、急性黄疸肝炎、积液性疾病等。

配茯苓　白术　泽泻　猪苓　茵陈蒿　成茵陈五苓散，治黄疸肝炎。

配茯苓　丹皮　芍药　桃仁　成桂枝茯苓丸，治癥痼害妊娠之证，即桂苓相配，温阳利湿，合破血药，使痰瘀从内消解。

配桃核　大黄　芒硝　甘草　成桃核承气汤，此方基

本配伍格局如桂枝汤，改桂芍相配为桂桃配伍以温阳破血，不用姜枣草助胃气上腾和营卫，而用硝、黄、草调胃承气下行，使瘀血从下泻出。此方可活用于瘀热互结，引起的精神病、脑外伤、肠梗阻、妇科病、糖尿病、暴发型痢疾等。

配木通　细辛　芍药　当归　大枣　炙草　成当归四逆汤，本方以桂、通寒温相反、通脉相合、佐以芍、归、枣和营、细辛辛通，可治寒凝血脉型之偏头痛、坐骨神经痛、缩阴证，妇科等病。

三、麻黄配方方证

麻黄一味，成"千金麻黄醇酒汤"，配清酒煮，春月用水煮，治黄疸。

配附子　甘草　成麻黄附子甘草汤，治少阴表证。

配附子　细辛　成麻黄附子细辛汤，治太阳少阴两感证，可活用治阳虚的病态窦房结综合征，高原性疾病，面神经麻痹等证。

配杏仁　炙甘草　桂枝　成麻黄汤，治伤寒表实证，也可活用于寒邪外束引起的呼吸道疾病、肾炎及皮肤病等。

配杏仁　炙甘草　石膏　成麻杏甘石汤，治肺热壅盛咳喘之证，可活用于治疗肺炎，百日咳等病。

配杏仁　炙甘草　苡仁　成麻杏苡甘汤，治风湿身疼、日晡时剧，可活用于治疗肩周炎、肾炎、皮炎、湿疹等病。

配半夏　甘草　桂枝　芍药　干姜　细辛　五味成小青龙汤，治内有寒饮、外感风寒之咳喘证。此方以麻黄配桂、芍解表寒，以姜、辛味、夏以祛寒饮，是有名的表里两解寒

邪方。

配黄芩　黄芪　独活　细辛　成"千金三黄汤"，治中风、手足拘急、恶寒、烦热、节痛、心烦之证。

配芍药　黄芪　乌头　甘草　蜜　成乌头汤，治风寒湿痹。

尚有麻黄连翘赤小豆汤、大青龙汤、葛根汤详见姜枣草方类。

四、栀子配方方证

配豆豉　成栀子豉汤，治伤寒热扰胸膈、心烦懊憹证。

配豆豉　甘草　成栀子甘草豉汤，治上证觉短气者。

配豆豉　生姜　成栀子生姜豉汤，治上证呕者。

配厚朴　枳实　成栀子厚朴汤，治心烦腹满、卧起不安证。

配豆豉　枳实　成枳实栀子汤，治热病后劳复者。

配干姜　成栀子干姜汤，治伤寒丸药泻下后身热微烦之证。

配豆豉　枳实　大黄　成栀子大黄汤，治酒黄疸、心中懊憹或热痛。配茵陈　大黄　成茵陈蒿汤，治阳黄证、食即头眩、腹满、无汗尿短赤。

配大黄　黄柏　硝石　成大黄硝石汤，治黄疸腹满、小便不利而赤、自汗出，上三方均是栀子配大黄、治黄疸肝炎之证，湿热内困、酒积、停食均可参考使用。

五、石膏配方方证

配知母　粳米　甘草　成白虎汤，治阳明热盛，大热恶热大渴、大汗脉洪大，可加味活用于肺炎、乙型脑炎、流行性出血热等。

配知母　粳米　人参　甘草　成白虎加人参汤，治身热、大汗、时时恶风、背微恶寒、倦怠少气、舌红少津、脉洪大之证，也可加减借用于糖尿病、肿瘤热、小儿夏季热之证。

配竹叶　麦冬　半夏　党参　粳米　炙甘草　成竹叶石膏汤，治伤寒解后少气、气逆欲吐之证。可加减活用于乙脑、麻后肺炎、流行性出血热、败血症等热病后恢复期的调理。

配知母　炙甘草　粳米　桂枝　成白虎加桂枝汤，治身热无寒但热、骨节疼烦、时呕者。

六、芩连配方方证

芩配方

黄芩配芍药　炙甘草　大枣　成黄芩汤，治太少阳合病下利，大肠湿热泄泻之证。

黄芩配苦参　生地　成《千金》三物黄芩汤，治妇人产后露风、四肢烦热之症。

连配方

黄连配瓜蒌仁　半夏　成小陷胸汤，治胸中痰热互结、胸脘痞硬、压之则痛的小结胸症，可活用于胃炎、渗出性胸膜炎等症。

芩连配方

芩连配　大黄　成泻心汤或大黄黄连泻心汤，治伤寒心下痞、按之濡，其脉关上浮者，或治心胃火盛吐衄者。

芩连配葛根　甘草　成葛草芩连汤，治阳明热盛泄泻。

七、姜附配方方证

干姜配方

配炙甘草(1：2)成甘草干姜汤，治肺萎吐涎沫、遗尿、小便数之证。

配人参　半夏　成干姜人参半夏丸，治妊娠呕吐不止。

配粳米　赤石脂　成桃花汤，治少阴病下利脓血、温涩虚寒泄利之证。

配茯苓　白术　甘草　成甘姜苓术汤，治肾着病，腰以下冷，腹重如带五千钱，口不渴小便自利之证。可活用于肾炎腹水、下肢肿或妇人久年腰冷、带下清稀之证。

配侧柏叶　马通汁　艾　成柏叶汤，治吐血不止者，无马通汁，有用童便代替者。

配白术　人参　炙甘草　成理中丸方，治脾胃虚寒、腹痛、喜唾涎沫者。活用于各种胃寒痛，肠鸣泄泻之证。

配白术　人参　甘草　桂枝成桂枝人参汤，治太阴寒湿下利，外证未除、表里两解者用之。

附子配方

附子配半夏　粳米　大枣　甘草成附子粳米汤，治腹中寒疝切痛雷鸣、呕吐之症，可活用于胃寒腹痛呕吐为主幽门梗阻之证。

配茯苓　芍药　生姜　白术成真武汤，治肾虚水泛的浮肿、慢性肾炎、心衰、神经系统疾病等。或头眩身瞤动等证。

配茯苓　芍药　人参　白术成附子汤，治少阴病、身痛脉沉者。

配苡米　成薏苡附子散，治胸痹缓急者，心衰浮肿胸痛可参考。

配苡米　败酱草　成薏苡附子败酱散，治肠痈排脓。

配地黄　山药　萸肉　泽泻　丹皮　茯苓　桂枝　成肾气丸，治虚劳腰痛、肾元虚疲、小便不利。

此方可活用于慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、小便不利、尿频数、下肢浮肿、肺气肿、糖尿病等之肾阳虚型。

姜附协同配方

干姜附子汤治伤寒汗下后，昼烦夜静脉沉。

配炙甘草(约 5：10：6)成四逆汤，治少阴病、下利清谷、脉微欲绝者，活用治脾肾阳衰的各种休克、消化系统疾病等。

配炙甘草　人参　成四逆加人参汤，治少阴病恶寒脉微复利之证。

配炙甘昔　人参　茯苓　成茯苓四逆汤，治少阴病汗下后烦燥增剧者。

配甘草(约 3：4：2)成通脉四逆汤，加猪胆汁少许成通脉四逆加猪胆汁汤，治少阴病脉微欲绝者。

配葱白　猪胆汁　人尿为白通加猪胆汁汤，治少阴病下利、无脉呕烦之证。

八、当归配方方证

配赤小豆　成当归赤小豆散，治大便先血后便，或活用治尿血之证。

配贝母　苦参　成当归贝母苦参丸，治妊娠小便难、饮食如故之证。习惯性便秘、前列腺炎的小便不利，可酌情活用。

配生姜　羊肉　成当归生姜羊肉汤，治妊娠腹痛及产后调养。

配川芎　白芍　黄芩　白术　成当归散，安胎、治妊娠腹痛。

配川芎　芍药　白术　泽泻　茯苓成当归芍药散，治妊娠腹中疗痛。活用可治慢性肾炎、妇人带下痛经等证。

配桂枝　芍药　生姜　大枣　炙草成千金内补当归建中汤，治产后虚羸不足，腹痛刺痛、吸吸少气。活用可治脾虚血少，温中补血。

配桂枝　芍药　细辛　通草　甘草　大枣成当归四逆汤，治伤寒手足厥寒、脉细欲绝者，活用可治厥阴寒疝、坐骨神经痛、厥阴头痛等证。

九、麦冬配方方证

配半夏　(7：1)人参　大枣　炙草　粳米　成麦门冬汤，治火逆上气、咽喉不利、止逆下气之证。

配半夏　(2：1)石膏　竹叶　人参　甘草　粳米　成竹叶石膏汤，治伤寒解后虚羸少气、气逆欲吐者。

配半夏　(2∶1)当归　川芎　芍药　阿胶　丹皮　桂枝　吴萸　生姜　人参　甘草　成温经汤，治妇人少腹寒、久不受胎，或崩中去血或月经过多，至期不来者。

配人参　炙甘草　生姜　大枣　桂枝　地黄　阿胶　麻仁　成炙甘草汤，治伤寒脉结代、心动悸，活用可治风湿性心脏病，病毒性心肌炎等证。

十、阿胶配方方证

配黄连　黄芩　芍药　鸡子黄　成黄连阿胶汤，治少阴病心烦不寐，可活用于湿热痢疾、血证等。

配猪苓　茯苓　泽泻　滑石　成猪苓汤，治少阴病心烦不得眠、小便不利、咳嗽呕利之证。可活用于不明原因的血尿、膀胱炎、肾盂肾炎、泌尿系统结石引起的尿血等。

配川芎　当归　芍药　地黄　甘草　艾　成胶艾汤，治妇人半产漏下、妊娠下血、腹中痛等。

配白头翁　黄连　黄柏　秦皮　甘草　成白头翁加甘草阿胶汤，治下利后虚极，可活用治热痢下血。

配地黄　黄芩　白术　附子　灶中黄土　甘草　成黄土汤，治先便后血的大便出血症，可活用治脾虚型的下血，妇人崩漏等证。

十一、通下配方方证

大黄配方

配甘草　成大黄甘草汤，治食已即吐者。

配厚朴　枳实　成小承气汤，治阳明燥结大便硬，可活用于术后肠粘连、中毒性肠麻痹等证。

配厚朴　枳实　杏仁　芍药　麻仁　成麻仁丸，治脾约大便硬。

配桃仁　䗪虫　成下瘀血汤，治产妇腹痛、腹中有干血著脐下，也可通经闭。

配桃仁　水蛭　虻虫　成抵当汤，治陈瘀干血蓄结小腹，其人喜忘屎硬等证。活用治蓄瘀挟癫狂等精神症状。

配甘遂　阿胶　成大黄甘遂汤，治水血结于血室、妇人小腹满如敦状。

配柴胡　黄芩　半夏　生姜　枳实　芍药　成大柴胡汤，治胸胁痞硬等证。活用可治胆囊炎、胆石症等。

芒硝配方

配小柴胡汤　成小柴胡加芒硝汤，治日晡潮热、胸胁满而呕、不大便者。

甘遂、芒硝、大黄　协同配方成大陷胸汤。

上三味加葶苈　杏仁　蜜　成大陷胸丸，治大结胸症

甘遂配芫花　大戟　大枣　成十枣汤，治胸胁满痛、干呕、悬饮内结之证。为攻下逐水峻剂。

十二、混合交叉方

表里寒热、方药混合并治法

桂枝二麻黄一汤，治汗后如疟，一日再发者。

桂枝麻黄各半汤，治伤寒面热身痒、不能小汗者。

桂枝二越婢一汤，治太阳病热多寒少脉浮大者，或肺炎初

起、口渴心烦恶风咳嗽者。

柴胡桂枝汤，治少阳柴胡汤证表证不解者。

小青龙加石膏汤，治小青龙汤证（外有寒邪、内有寒饮）而烦热不解者。

桂枝人参汤，治太阴虚寒下利而表寒外束不解者。

白虎桂枝汤，治无寒但热如温疟、肢节烦疼干呕，或阳明热盛而表寒不解、肢节烦疼者。

附子泻心汤，治心下痞而复恶寒汗出者，或心火上炎吐衄而又肾阳衰者。

从上八首方可见仲景方可以表里寒热虚实合方而并治各得其所，此是范例。

苦温混合调中法

半夏泻心汤：干姜半夏配芩连加参枣草，治寒热交杂心下痞证。

干姜黄芩黄连人参汤、芩连姜参治寒格、食入即吐证。

黄连汤：用姜、夏、桂配黄连加参枣草治伤寒胸中有热、胃有寒邪、腹痛呕吐者。

乌梅丸：连、柏配姜、桂、椒、辛、归、附加乌梅、人参治厥阴蛔厥证，或久利者。

黄芩加半夏生姜汤治太少合病下利而呕者，可见寒温升降之药可调中，此法也常少不了参、枣、草之类。

十三、其他方证

芍药甘草汤，治脚挛急。

芍药甘草附子汤，治脚挛急恶寒者。

甘草粉蜜汤，蛔虫烦躁。

甘麦大枣汤，治脏躁、情绪不宁。

甘草汤，治咽痛。

桔梗汤，治咽痛。

猪肤汤，治阴虚咽痛。

半夏鸡清苦酒汤，治咽痛挟痰。

半夏散及汤，（夏、桂、甘）治咽痛无红肿。

蜜煎导方，治大便难。

猪胆汁方，治大便难。

瓜蒂散（瓜蒂、赤小豆），香豉汤送服，催吐。

三白散（桔梗、巴豆、贝母），治寒实结胸。

文蛤散　（略）

葶苈大枣泻肺汤（葶苈、大枣），治肺痈喘不得卧。咳逆上气。

括蒌薤白半夏汤，治胸痹。

四逆散（柴、枳、芍、草），治肝胃不和。

白头翁汤（白头翁、黄连、黄柏、秦皮），治厥阴下利热盛。

酸枣仁汤　（枣仁、茯苓 、知母、川芎、甘草），治失眠少寐

千金苇茎汤　（苇茎、桃仁、冬瓜仁、苡仁），治肺痈。

厚朴生姜甘草半夏人参汤　治脾虚腹胀（半夏厚朴汤）（半夏、苏叶、厚朴、生姜、茯苓）治状如炙脔、梅核气。

第二节　剂型与煎服药法

一、剂 型 选 择

汤剂：如承气汤，“汤者荡也”，疗效较快。

丸剂：如理中丸。“丸者缓也”，丸剂不及汤剂快。如理中丸条下，“以沸汤数合和一丸，研碎温服之，日三、四，夜二服。腹中未热，益三、四丸。然不及汤。汤法以四物依两数切，用水八升，煮取三升，去渣，温服一升，日三服。”

散剂：如文蛤散：“以沸汤和一方寸匙服”三物白散：“以白饮和服”，不利，进热粥一杯，利过不止，进冷粥一杯。

五苓散“以白饮和服方寸匙，日三服，多饮暖水，汗出愈”。散剂用药方便，效果也快。

煮丸剂：如抵当丸：“以水一升，煮一丸，取七合服之，晬时当下血，若不下者，更服”。

汤散混用：如十枣汤，以十枣汤内药散，“温服之，平旦服”。“得快利后，糜粥自养”。

丸散混用：如大陷胸丸，“纳杏仁，芒硝合研如脂和散，取如弹丸一枚，别捣甘遂末一钱匙，白蜜二合，水二升，煮取一升，温顿服之。”

肛门栓剂：如蜜煎导方，食蜜“于铜器内，微火煎，当须凝如饴状”。“当热时急作，冷则硬，以内谷道中”。

灌肠剂型：如大猪胆汁方，“大猪胆汁一枚，泻汁，和少许法醋，以灌谷道内。”

酒剂：如红蓝花酒，“以酒一大升，煎减半，顿服一半”。

油剂：如猪发膏煎，“右二味，和膏中煎之，发消药成”。

烟熏剂：如雄黄熏法：“一味为末，筒瓦二枚合之，向肛熏

之"。

剂型选择的目的，主要是最大限度地发挥药效，抑制副作用，使之具有针对性，便于运用等。其中五苓散以多饮暖水取汗，巴豆散以热粥冷粥以调理止泻。十枣汤以糜粥自养，抵当丸取下血为度，甘遂用末，塞肛与灌肠治便秘，油剂治疸，熏肛治虫蚀，均匠心独运之作。

二、溶 剂 选 择

甘润水：如苓桂甘枣汤，"以水二斗，置大盆内，以杓杨之，水上有珠子五、六千颗相逐，取用之"，先煮茯苓减二升，内诸药。又名劳水或杨汛水。劳之则甘而轻，取之不助肾气而益脾胃。

潦水：如麻黄连翘赤小豆汤，"以潦水一斗，先煮麻黄，去上沫，内诸药。"潦水是地面上流动的雨水，意取因势利导，助清利湿热。

清浆水：如枳实栀子汤。"以清浆水七升，空煮取四升，内枳实、栀子，煮取二升，下豉，更煮五、六沸，去滓，温分再服，复令微似汗。"清浆水又名酸浆，由"炊粟米熟，投冷水中，浸五、六日，味酸、生白花、色类浆、故名。"意取其性凉善走，通关开胃、解烦、化滞。当归赤小豆散、半夏干姜散等皆以浆水送服。

泉水：如百合地黄汤等百合汤类，方意取泉水清凉下热气、利尿。以助药清润心肺、引热下行之功。

加酒：如炙甘草汤，"以清酒七升，水八升先煮八味，取三升、去滓，内胶烊消尽。"水酒同煮药，意取酒助药以行血通经。其他还有当归四逆加吴萸、生姜汤，栝蒌薤白白酒汤类，红蓝

蓝花酒、当归芍药散、肾气丸、大黄䗪虫丸、赤丸、薯蓣丸等。下瘀血汤则是以酒煎药丸顿服的。

加蜜：如大半夏汤，"以水一斗二升，和蜜杨之二百四十遍，煮药，取二升半，温服一升。"意取蜜能缓中解毒，其他如甘遂半夏汤、乌头桂枝汤、乌头煎等。而建中汤则加饴糖。

加醋：如黄芪芍药桂枝苦酒汤，"以苦酒一升，水七升，相合煮取三升，"意取苦酒收饮止汗。乌梅丸则以苦酒渍乌梅一宿。苦酒即米醋。尚有苦酒汤。

三、煎法选择

水直接煎法

水两斗，煮取五升：奔豚汤。

水一斗或一斗二升，煮取3～5升：温经汤、橘皮竹茹汤、厚朴七物汤、麦门冬汤、黄芩加半夏生姜汤。

水八升，煮取三升：附子汤、真武汤、当归四逆汤、人参汤、当归生姜羊肉汤、苓甘五味姜辛汤、黄土汤等。

水七升，煮取2～3升：小建中汤、桂枝去芍汤、柴胡桂枝汤、白头翁汤、半夏厚朴汤。

水六升，煮取2～3升：苓桂术甘汤、甘草附子汤、赤石脂禹余粮汤、黄芪桂枝五物汤、木防已汤、栀子大黄汤、甘麦大枣汤等。

水五升，煮取2～3升：抵当汤、桂甘龙牡汤、茯苓四逆汤、大黄附子汤、甘姜苓术汤、厚朴大黄汤、枳术汤、吴茱萸汤等。

水三升，煮取1～1.5升：桂枝甘草汤、干姜附子汤、白通汤、泻心汤、大黄甘草汤、旋复花汤、甘草干姜汤、芍药甘草汤、

四逆加人参汤、四逆汤、通脉四逆汤等。

水二升，煮取一升：如泽泻汤。

可见，用水量最多二斗，最少2升，一般多数用五升。煮取量是用水量的1/2～1/4左右，需要分次服的用水多，一次顿服的用水少，药味多用水多，药味少用水少，等视病情需要而定。

先煎

先煎麻黄，仲景方用麻黄均先煎去沫入药，以防使人心烦的副作用。

先煎葛根：如葛根汤及桂枝加葛根汤。

先煎茵陈：如茵陈蒿汤。

先煎大枣：如葶苈大枣泻肺汤。

先煎枣仁：如酸枣仁汤。

先煎茯苓：如苓桂术甘汤。

先煎栝蒌：如小陷胸汤。

先煎赤石脂：如桃花汤。

先煎小麦：如厚朴半夏汤。

先煎半夏：如生姜半夏汤。

先煎枳实、厚朴：如枳实薤白桂枝汤。

仲景先煎之药，似有作先入为主，取久煎出汁之意。

后下

后下桂枝：如桂枝人参汤。

后下芒硝或厚朴：如调胃承气汤，柴胡加芒硝汤，大黄牡丹汤。

后下大黄：如厚朴三物汤。

后下香豉：如栀子豉汤，栀子甘草豉汤。

后下猪胆汁：如通脉四逆加猪胆汁汤，白通加猪胆汁汤。

后下鸡子黄：如百合鸡子黄汤，黄连阿胶汤。

后下饴糖：如大小建中汤，黄芪建中汤。

上述后下，拟因该药物不宜久煎，以免破坏有效成份，或不需煎煮之药。

去滓再煎

如生姜、半夏、甘草三泻心汤，大小柴胡汤，柴胡桂枝干姜汤，旋复代赭石汤等，均属去滓再煎之类。这几个方剂，均是寒热苦温混合调中法之方。古人认为："复煮以共行其事之义。"加上小量分三次服，实取和解调中之意。

麻沸汤渍药绞汁

如大黄黄连泻心汤、附子泻心汤，用沸水渍之须臾、绞去滓、分温再服。意取味薄气轻，清泄上部无形邪热。

米熟汤成

如白虎汤，白虎加人参汤，竹叶石膏汤，桃花汤，附子粳米汤皆用粳米者。以米熟为标志，意在养脾胃之气。

四、服药法选择

服药法的选择，外据阴阳消长的时机，内据服药前后机体的反应而定。

顿服

即每日一剂、浓煎，一次服完，如干姜附子汤，桂枝甘草汤，调胃承气汤，泻心汤，下瘀血汤，大黄牡丹汤，葶苈大枣泻肺汤等，此种服法有专、猛、速的优点。

再服

即日一剂分二服，如甘草干姜汤，木防已汤，小半夏汤，栝蒌薤白白酒汤等。

三服：

即一剂分三服，如甘草泻心汤，人参汤，吴茱萸汤，鳖甲煎丸等。多数方剂属这种服法陈年痼疾，需散结，或虚损之证，需缓补之证均用此法。

四服

即日一剂，分昼三、夜一共四次服。如奔豚汤，皂荚丸、生姜半夏汤，麦门冬汤等皆是。治疗虚实挟杂，诸虚气逆之证。

一服随机

即先一服，视病情变化是否二、三服或二、三剂，如桂枝汤："小促其间"，以得微汗为度。"若一服汗出病差，停后服"。又如厚朴三物汤，抵当汤等皆是。一服得汗、吐、利者，则止再服。中病即止。再如赤丸方、乌头桂枝汤、桂枝茯苓丸、当归贝母苦参丸等治沉痼之疾方，从少量开始，逐步加量，以知、差、利为度。

药后调养

如桂枝汤条下："服已须臾，啜热稀粥一升余，以助药力，温复令一时许，遍身漐漐微似汗者益佳"。理中汤条下："服汤后，如食顷，饮热粥一升许，微自温，勿发揭衣被"。又如十枣汤条下："糜粥自养"，五苓散条下："多饮暖水、汗出愈"。桂枝汤条下更有饮食禁忌等。

药后调养，注意衣被、适寒温、调饮食与禁忌。

第三节　经方活用举隅

一、麻黄杏仁薏苡甘草汤活用证治

"古方今病不相能也"之说有其正确的一面，因为它反映时代变、环境变、疾病谱变、治疗也必须有所改变的客观实际。故为不少人所接受。然而也有其片面性，因为不论时代环境如何变，人体的脏象、病能可谓基本不变。人是主体，古方是千百年来以人为调治对象的经验总结，必有其与人体脏象、病能相切合的格局，时过境迁，病变也不可能完全脱离此格局，辨证时若注意仿古参新，多有所得。谨以麻杏苡甘汤活用一得之隅以为佐证。此方是仲景用以治疗风湿在表、身疼发热之方，可用于治疗风湿热痹之证。据报道，尚可用于治疗荨麻疹、疣等证，俱有良效。笔者却曾以此方治疗下述之证：

（一）血尿案

唐某，男，61岁。反复血尿已有四年多，曾在湛江某医院检查治疗已久，出院诊断为：多囊肾、尿石症、肾癌待查。经治疗，血尿消失。近半年血尿复发、迁延不愈，诸治乏效。于1987年4月18日来诊：肉眼血尿成块，色暗红，腰痛，周身作痛，舌红边暗紫，苔白薄，右寸脉浮，左关弦脉，而两尺脉较沉。余细审此证，瘀热郁阻于下焦，水血交阻较明显，而诸治乏效者，恐需开上以通下，活血解郁与清热达下兼顾，方易取效。治法守

恒，方药虽古，立意宜新。拟麻杏苡甘汤加味：麻黄 8 克，杏仁 10 克，薏苡仁 30 克，炙甘草 8 克，茅根 60 克，益母草 15 克，血余炭 10 克。

4 月 21 日复诊：诉服药一剂，小便时甚迫，排出黑色血尿。次日服第 2 剂，尿色转红，较前通畅。第 3 剂尿转黄白畅通，腰痛瘥，周身痛减。按前方续服 6 剂后，尿色白而畅通、尿常规检查正常。再按前方去血余炭加生地、淮山药等善后。

按：此案疗法之快，出乎医者意料之外。而反思所用之药，仅以麻杏苡甘汤开上利下，以茅根凉血止血，益母草、血余炭去瘀止血所合成。其中麻黄的作用，《日华子本草》说"能通九窍、调血脉"，很有启发。仲景独用麻黄一味能治春日黄疸，可见麻黄不但能开肺痹，且能解肝郁以利水。本患者舌边暗紫，脉关弦寸浮，用麻黄以除肝肺之郁痹，配合其它活血利水止血药而能取效，不可谓不切中了病证。虽是偶得，可资后鉴。

(二)肩凝案

熊某，女，58 岁，右肩臂疼痛年余，不能举高梳头，近日痛更甚。夜不能寐，肢麻，循手太阴肺经麻木感，面色微黄，舌质淡红苔薄白，脉浮弦。前医曾用当归四逆汤及舒筋饮等方治疗无效。辨证属风湿痹阻经络，方用麻黄杏仁苡仁甘草汤加味治疗：麻黄 10 克(先煎)，薏苡仁 30 克，杏仁 10 克，炙甘草 5 克，桃仁 10 克。上方服两剂后痛减。共服 10 剂，痛全止，能随意抬举，活动仅轻度受限乃停药。

按：此方是仲景用治风湿身疼、日晡发热之风湿热痹方。而肩凝之证，多属肩周炎(慢性闭塞性滑囊炎)，临床所见是风湿滞留于手太阴、手阳明、手太阳经者多。方中麻黄善解上部

肌表之邪闭，薏苡仁利经脉之湿滞，杏仁宣肺助麻黄，药性平和，风湿可去，郁热自除。按笔者有限的临床体会来说，此方比当归四逆汤或舒筋饮有更多的适应者。此后余曾用此方治疗不少肩凝之证，每有显效。又曾治某一肩凝月余的患者，用此方9剂，不但肩凝治愈，且患者平日原有的手癣亦随之获瘥云云。

（三）黄褐斑案

林某，女，30岁。近两年来两颊从眼圈下出现黄褐色蝴蝶斑，边界明显，月经常推迟数天，量较多，色鲜红；舌红苔薄白，脉弦细，余无所苦。余初谓此大龄青年未婚，经水不调，两颧黄褐斑边界明显，当属肝郁化火之证，拟丹栀逍遥散加减：白芍、柴胡、白术、茯苓、当归、白芷、僵蚕、丝饼、丹皮、栀子各10克，甘草6克，益母草15克。连服20多剂，黄褐斑稍有减退。后因出差，归来后，症复如前。遂改用下方：柴胡10克，黄芩10克，法半夏10克，生姜4克，甘草6克，麻黄8克，杏仁10克，薏苡仁10克，僵蚕10克，白芷5克，益母草10克。此方服9剂后小效。再服2月余，隔天一剂，黄褐斑已大为消退，边界不清晰。其容颜所余轻微的黄褐斑，已不明显，患者甚为满意而停服中药，自行涂些护肤剂善后。

按：此案用小柴胡汤者，疏郁清热也。用麻杏苡甘汤者，以其能走皮毛，疏通孔窍而利湿郁，以黄褐之色属湿郁之故，加白芷、益母草、僵蚕者，以助通窍活血、清浊养颜之意。经方合用作美容治疗，余所初试耳。

总之，此方疏表祛湿，宣上且能导下，能治表湿诸证，临床上刻意求之，则应用颇广。而上述所谓古方与病能相切合的格

局，实际上是方与证相对的客观存在的依据。但这种相对仅是证与治某些较成熟的基本交汇点，可视为纲目而伸延之而已。

二、小柴胡汤加减治疗肾绞痛

肾绞痛，为结石移动引起输尿管梗阻、痉挛、阵发性剧痛，先在腰部，沿输尿管向膀胱或向外生殖器、大腿内侧等处放射。发病急，疼痛发作时往往腰痛连腹、腹痛连腰。

小柴胡汤为疏肝利胆，通调三焦，和解少阳之主方。兹以其证治与肾绞痛参照：一、从部位看疏肝和胆：《灵枢·经脉篇》说：足少阳胆经，“循胁里，出气街，绕毛际”；足厥阴肝经：“循股阴，入毛中，过阴器，抵小腹”；又曰：肝、足厥阴也，“是动则病腰痛不可以俯仰”。肝胆疏泄失司，“是动”则病如上述部位。二、从脏腑功能看——通调三焦：小柴胡汤能通调三焦。《伤寒论》说：“阳明病，胁下鞕满，不大便而呕，舌上白苔者，可与小柴胡汤。上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解”。三焦功能之一，主通调水道。如水道壅塞，不能决渎，则上焦不能纳，中焦不能化，下焦不能出。故用小柴胡汤加减使上焦得通，亦间接能使下焦通调。

《伤寒论》第 100 条：“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤；不差者，小柴胡汤主之”。按后世医家解释，即其脉浮取见涩，沉取见弦。方有执说：“阳主气，涩主痛，阴主血，弦主急”。而腹中急痛，是腹中拘急作痛，用小建中汤先行益阴以和阳，如不见好转，再用小柴胡汤。我个人理解，腹中急痛的一个“急”字，细细品味，用意殊深，其尚有发病急、卒暴而起之意，与肾绞痛的发病颇有相似之处，因此。我常喜借用小

柴胡汤加减治之，有一定功效。

病例一：许×，男。60岁，工人，住湛江市新春路。

素来体健耐劳，一日，无明显诱因卒发左腰腹剧痛，即来医院急诊，因未发现急腹症，仅作镇痛，抗炎处理，经小便检查及X线摄片证实，诊为左输尿管结石。但仍疼痛不止，时而加剧，已四昼夜，来诊时痛楚不堪，不能入眠，难于饮食，小便不利，大便不行，腹胀，口苦咽干，舌苔黄，脉弦数。属决渎失司，挟阳明腑实。拟方：柴胡12克，黄芩9克，元明粉12克，法夏9克，生姜三片，血余炭3克，枳壳9克，川厚朴9克，党参9克，甘草5克。嘱服药一剂，因患者痛苦甚，恐一剂药力未逮，两剂作一剂煎服，当晚微利三次，下半夜痛渐止，沉沉安睡。第三日仅微腰痛，自诉夜寐难，即改拟六味地黄汤加味善后。

例二：余××，男，46岁，遂溪县草潭公社大湾大队渔民。于1978年1月31日门诊。

自诉卒然左腰剧痛连腹5～6天不解，经当地治疗不减，昨来急诊，食纳难下，两日未解大便，小便点滴难出，口干苦不渴，痛楚难忍，舌质红、苔厚黄白，脉弦大略数，X线腹部平片检查结果：输尿管下段结石，治从三焦疏利，拟方：柴胡9克，黄芩9克，法夏9克，生姜三片，牛膝15克，北芪30克，泽泻9克，甘草5克。嘱日服两剂，药后两小时即觉稍安，四小时后服第二剂，其痛渐止，小便已通。次日，照原方加金钱草、通草。痛全止，小便利。因急于返家过春节，拟四逆散加味以排石通淋。

肾绞痛不仅可用小柴胡汤者，笔者亦曾治数例肾绞痛不止，仅缪刺足少阳经阳陵泉一穴而镇痛（如先用西药镇痛剂无

效时，针刺效果更佳），可为肾绞痛取少阳经之佐证也。

三、桂枝加黄芪汤加味退阴黄

叶××，男，30岁。患胆结石、胆道感染被收入外科治疗。入院后经用抗生素热退，但黄疸与浮肿不退，请中医会诊。全身黄疸色晦滞，全身浮肿以腹部与下肢较明显，胁下痞硬，易头汗出，食欲不振，小便短黄，胸腹满闷，口淡，舌质红，边稍暗紫，苔白，脉缓微浮，先拟行气利水法。桂枝10克，北黄芪30克，白术15克，茯苓15克，泽泻10克，猪苓10克，茵陈30克。服2剂，小便明显增多。连进10剂，浮肿全消，但黄疸不退，食纳仍差。仲景有“黄汗脉浮”，“诸病黄家……假令脉浮，当以汗解之，宜桂枝加黄芪汤主之”与寒湿可发黄的论述。由此推论：寒湿在里固然可发黄，寒湿在肤表、阳虚湿郁不解，肌表营卫不能自和也可发黄。只要见脉浮，即是其外候。遂拟桂枝加黄芪汤。北芪30克，桂枝10克，白芍10克，生姜3片，大枣3个，炙甘草6克。服6剂后，病情却无进退。再细察其证，病情日久，黄疸晦滞，胁下有痞块（肝脏肿大，质中），照原方加三棱10克，莪术10克，以期内能活血散　，助原方通阳益气。服药3剂，竟全身出微汗，头汗减，小便多，黄疸渐消，16剂后，黄疸全退出院。

按：仅三棱、莪术治此证当然不能退黄利水，本人亦未见过这方面的记载与报道。但在桂枝加黄芪汤的基础上加此两药，以散其内在瘀积，肝血既行，桂枝加黄芪汤的作用即可充分发挥，使表阳得振，湿气得行，气行湿利，黄疸可退。前人向来以诊色分阴黄阳黄，认为黄如　色为阳黄，主湿热；黄色晦

暗为阴黄，主寒湿。从本例来看阴黄，却是气血瘀积，阳气不振湿郁于表所致。

笔者自治愈此症后，曾一再遇到类似的阴黄患者：小便黄短，脘胁痞满，肝脾明显肿大，诊断为毛细胆管炎并肝硬化者。先用茵陈五苓散，逍遥散加茵陈，试探治疗无效，辄用桂枝加黄芪汤加三棱、莪术连服十余剂，黄疸即明显消退，肝脾回缩。但病例不多，仍待今后进一步探讨、验证。

四、麦门冬汤加味治疗妊娠恶阻

麦门冬汤出自《金匮》"火逆上气，咽喉不利，止逆下气者，麦门冬汤主之"。故肺阴不足，咳逆气促常可用之。据报道，尚可用治鼻衄、倒经、肺结核、脑膜炎后遗症等。

妊娠恶阻由于妇人受孕后，冲任之脉一时不能随经血下泄而调达；又由于阴血聚以养胎肝阴不足以荣养冲任，阴虚则阳偏亢，冲任之气唯浮于上而气冲，冲脉丽于阳明，其气犯胃，胃气不能和降，故恶心呕吐。病之标象在胃泛痰涎，证之根本在阴虚气逆。气有余便是火，因此，有不少妊娠恶阻可看成与"火逆上气"同一机理，用麦门冬汤能"止逆下气"。《别录》麦冬治："口干烦渴，止呕吐，愈痿厥，强阴益精。"若呕吐甚，饮食少进而至消瘦、眼眶下陷者更适宜。

李××，女，32岁。妊娠两个多月，恶心呕吐，近十天来进食尤少，每餐约半碗饭，口干口淡，消瘦，伴腰酸痛，舌红瘦苔薄白，脉滑细数。拟麦门冬汤加味。麦冬21克，法夏3克，党参10克，谷芽10克，竹茹10克，杞子10克，大枣4个，甘草6克。服药2剂，呕恶明显减少，胃纳增加，再服3剂，恶心呕吐基本

控制。

按：麦冬配半夏，温经汤与竹叶石膏汤用之，比例为2：1，仅取其能开结降逆而不燥即可；本方麦冬与半夏之比为7：1，重在清润养阴、降火平冲而止呕；配党参、谷芽（代粳米）、甘草、大枣益胃和中；再加杞子以养肝肾之精血；加竹茹以和胃气止逆。常宜妊娠恶阻。近年来笔者用麦门冬汤加杞子、竹茹，（呕甚加生姜）曾治疗妊娠呕吐二十多例，每获良效，更有某欧姓患者，恶阻期间兼哮喘发作，服药后哮喘亦获缓解。

五、附子泻心汤治疗热厥下利

李××，女，72岁，住院号：4435。1976年10月14日因饮食不慎，腹痛腹泻，排出血水样大便，一天三十多次，每次量少带粘液，里急后重，发冷发热，时而高达40℃以上，无抽搐，病后尿少、口干苦，无呕吐而急诊入院。

初诊：出血性肠炎并失水，即予注射氯霉素及补液，当晚九时入院，体温37.8℃，呼吸20次／分，脉搏92次／分，血压120/74毫米汞柱，神志不清，答非所问，烦躁乱语，试以10%水合氯醛20毫升作保留灌肠。随即要解大小便而被排出。十时，乱语烦躁甚，不能继续作静脉滴注。患者一夜烦躁不止，用各种镇静药及至杜冷丁50克肌注，仍不能控制。次晨，烦躁狂乱仍如上述，四肢逆冷至膝肘关节，腹胀甚，舌淡红、苔干发黄，脉沉弦，此证热厥于里、真阳不足，病情危笃，即拟附子泻心汤：

黄连10克，附片10克，黄芩10克（炒黑），大黄10克，水

下午小便三次，先有矢气并大便二次，四肢转温，当晚一夜安睡。继服两剂，痊愈出院。

按：患者年逾古稀，饮食失节至下利不止，西医诊断为急性菌痢、中毒性肠麻痹。此系热积于里，腹胀愈甚，四肢愈厥，烦躁狂乱，如何能因镇静而止？此时，迟疑观望保守者死，急下泄热者生，然风烛残年，元气无多，真阳不堪攻伐。先辈仲景订"附子泻心汤"急下泄热，驱邪以扶正，方简意赅，试之于临床，效如桴鼓，印象良深。

六、五苓散加知柏治疗前列腺炎癃闭

释××，男，75岁，患者是年逾古稀的一介高僧，素有前列腺炎、小便余沥，平时小便每需数分钟才能排完，因旅途强忍尿，遂成癃闭。到当地医院行膀胱切开插管术排尿，停留尿管返我市寺院中休息，至今已十天，仍不能自行排尿。于是，托人请我会诊：舌淡暗苔滑腻，脉寸部浮弦，两尺沉细。拟属阳气旁张于上，肾元不振于下，浊阴不降，清阳不升。遂拟五苓散加知母、黄柏、北芪各60克。当晚诊，次晨六时服药后，嘱扶住尿管、观察病情。竟于当天服药后6小时自行排尿，连服三剂，三天后即到医院拔除导尿管。此诊的前后，我也常用知柏五苓散（仲景五苓散加知母、黄柏）治疗前列腺炎引起的尿潴留对症加减，气陷加北芪、升麻、桔梗升提；挟热加连翘、栀子清利；肾虚加丝饼、杞子、淫羊藿补元阳，效果也较好。此方是五苓散合通关散之意。前列腺炎癃闭常觉有此见证，故可随证加减应用。

七、胶艾汤治疗阴痛

林××，女，28岁，结婚已三年，尚未生育。年余来经水两个月一行，常腰痛，并诉性交后必阴中痛2～3天方自行缓解。曾在当地治疗无效来诊。妇科检查两次，均未见异常。诊之面色较潮红，诉腰痛，但小腹不痛。上月经色稍暗成块，白带少，舌红稍瘦，苔薄白，脉细稍数而弦。先拟祛瘀调经之方：桂枝10克、茯苓10克、丹皮10克、赤芍10克、桃仁10克、法半夏10克、苡仁10克。共三剂。服药后平平，性交后阴痛依然。细审此症色脉，恐为阴火暗耗于下，而致血荣于上而不足于下，阴血不能濡润，冲任经脉干涩不畅所致，改用胶艾汤加味：当归6克，川芎3克，阿胶10克，祈艾15克，生地20克，甘草6克，白芍10克，黄柏10克，隔日服一剂。三剂后，性交后不再阴痛，再连服六剂巩固疗效。

按：本方主用四物汤加阿胶养血滋阴。加艾叶温经行气止痛，配黄柏清相火，又与甘草、芍药相伍合成止痛、清热、解痉、柔阴之剂，故获全效。

八、麻黄附子细辛汤治阳萎

刘××，男，56岁，干部。

半年前因疮疡感染愈后，但渐觉形寒畏冷、阳萎不起，遂来求诊。诊之：面色稍黄，形体偏瘦，自诉平素无恙，腰不痛。近半年来较怕冷，时觉小便后余沥不清，阳事萎软不举，舌淡红较胖，边有齿痕，苔黄，舌根白腻，脉弦稍大。属表寒郁结不散，

少阴阳气不振。拟麻黄附子细辛汤加味：麻黄 10 克，熟附 30 克（先煎一时半），细辛 3 克，炙甘草 15 克，淫羊藿 10 克，苡米 30 克。三剂后，怕冷减轻，连服十八剂，隔天一剂。阳事能坚举。约隔两周可性交一次。嘱连服此方以巩固疗效。

按：慢性前列腺炎常可出现小便余沥不尽及性功能障碍等症状。本患者在疮疡治愈后诱发尿余沥不尽及阳萎，笔者认为很可能是由疮疡炎症从血循环诱发前列腺炎所致。辨证是阳虚恶寒证。用麻黄附子细辛汤，太阳少阴两兼治，故能获愈。

九、麻杏石甘汤合五苓散治肺心心衰浮肿

庞××，男，62 岁，渔民，原有 20 多年的慢支肺气肿。近几年常发肺心心衰，赖西药控制，并多次在本院留医。1991 年 9 月中旬，接连几天又发气促，端坐呼吸，遍身洪肿，痰黄难咯，尿迫感、少尿难出，大剂量速尿注射后每天仍尿少，尿量 500 毫升左右，舌暗红苔黄，脉浮濡数。病情重，仍呆在家中。由曾经治的西医主治医师偕家属延请我诊治：我思忖患者气促、痰黄少难咯出，明是肺热气痹；遍身洪肿，尿迫却是膀胱蓄水，气化不行；心悸、脉数无力应属心之元气不足、虚火上炎。遂拟麻黄杏仁甘草石膏汤清肺开痹，五苓散化膀胱蓄水，导赤散加高丽参扶元气，引热下行。拟下方：麻黄 8 克、杏仁 10 克、生地 15 克、竹叶 6 克、车前 10 克、茯苓 10 克、石膏 30 克、炙甘草 6 克、木通 10 克、红花 2 克、桂枝 10 克、泽泻 10 克、猪苓 10 克、高丽参 6 克（焗）服。当晚服药一剂，小便通利，约有 4500 毫升尿，服药第二剂，浮肿减退大半。病情缓解，信心增加，遂来我院入院于内科，西医加中药共同治疗，用药太杂，不赘。

十、千金苇茎汤合甘桔汤治疗风湿性心脏病咯血

曾××，男，32岁，本院职工家属。

因风湿性心脏病二尖瓣狭窄、心房颤动住院。近日咳咯痰血稠黄带血丝，心悸多汗、胸闷、舌红暗苔白、脉沉细数，延请我诊治。因考虑到病者患风湿心“二窄”，肺循环郁血，结合上述见症，当为肺热壅盛，痰瘀交阻，恰宜借用《金匮要略》的治肺痈的千金苇茎汤合甘桔汤活血祛瘀，再加清热治疗。遂拟下方：桃仁10克、苡仁12克、冬瓜仁15克、苇茎16克、甘草8克、桔梗12克、田七5克、紫苑10克、银花20克、连翘20克。服药三剂，痰血即止，精神明显好转。遂改用四君子汤合甘桔汤加紫苑、莪术调理而瘥。

按：西医病名虽新，病证仍属旧证，领会精神，活用经方，疗效应不减当年。

十一、芍药甘草汤加味治疗术后肠粘连

李××，女，58岁，子宫手术后粘连腹痛反复发作近二十年，于1988年3月13日来诊。诉小腹中常硬痛，腹中里急，大便每天2～3次，大便成形。近两天腹硬痛较甚，食纳可，舌红偏瘦、苔薄白，脉弦尺沉。此病久痛入络，明显属于气血瘀阻，筋失濡养。法当舒筋与活血兼顾，方宜芍药甘草汤加味：白芍药30克、炙甘草10克、赤芍药30克、生甘草10克、党参10克、五灵脂4克、生地15克、三棱6克、姜黄10克。

服药两剂后即明显痛减，再服三剂，已基本不痛，局部较前柔软，若用力收腹才有少许拘急感，遂照前方再服三剂而停药。

体会：术后粘连腹痛，常较难治，虽然都活血舒筋，但往往不易迅速显效。此案病史有近二十年而收效快，主要是重用芍药甘草汤以舒筋为主，赤白芍俱用者，使活血与柔筋相结合之故，加以配合三棱、姜黄、生地以活血散　，更兼用党参与五灵脂相反，益气与活血相激荡，以冀相反相成，破除陈年顽疾之根蒂。果能凑效，诚属望外。

十二、干姜黄芩黄连人参汤治

胃肠菌群紊乱呃利

吴××，男，37岁，因脑脓疡在五官科住院手术后，经用抗生素治疗出现肠道菌群紊乱、下利无度，呃逆不止。赖输液维持。停用抗生素，并延请中医急会诊：面色皖白，少气懒言，乏力，呃逆频作，不能进食，泄泻稀烂带水便、日十余次、无粘液、量不多，腹痛里急，无发热，舌淡红苔白厚稍干，脉沉细数。拟属胃寒肠热，中州失司。拟下方：干姜5克、黄连3克、黄芩10克、白芍10克、炙甘草6克、淮山20克（无党参，以此代之）。服药后一剂泻减，二剂利止。呃逆依然，不能进食、舌质淡白少津，必是气随吐利脱，元气受损，胃气愈虚则呃逆嗳气不能止。照上方加高丽参5克，煎药焗参服，一剂减大半，二剂呃全止。改用四君子汤善后。

按：六腑以通为用，胃肠本应保持虚实交替状态，以腐熟

水谷，分泌清浊，传送糟粕。胃寒则必不能腐熟水谷降下，反之吐逆频作，故以干姜温降之，肠热则传送妄为而下利不止。乃以芩连清之。吐泻交作，必气随之脱，故用丽参扶元补气，白芍缓急理肠，甘草和中亦在所必须，故效如桴鼓。然此案利先止，呃未已，须丽参扶元养胃方止，这给我们以启示。仲景的三泻心汤、旋复代赭石汤、 皮竹茹汤、麦门冬汤、小柴胡汤等证有吐逆者，大多用参、枣、草以安中，看来并非偶然的巧合。而是吐逆所必须注意的问题。

附　篇

第四章　六经辨证系统的基点

第一节　脏象学说的本源

阴阳、太极八卦等学理原本是古人观察天地自然的科学总结。它之所以能应用在人体上，是由于天人相应这一杠杆作用。若对天人相应的客观途径获得较具体的理解，就有可能了解中医理论的核心——脏象的本源。也是医易相关研究链条的中心环节。同时，中医学理论的一大特点是天人相应观念。脏象经络学说、病能、中医学等理论都建立在天人相应观的基础上衍生出来。《内经》说："人以天地之气生、四时之法成[1]"，"天食人以五气，地食人以五味[2]"就是这种思想的反映。《伤寒论》也有类似的提法，谓："天布五行，以运万类；人禀五常，以有五脏[3]"，由此可见，这是贯穿中医基本理论的观念。假若当前注意对天人相应说的研究，获得较客观、具体的理解，并从这一基点出发，推动唯象中医理论的研究与发展，将会有新的意义。这里所谓的"唯象"理论，是天象、卦象、舌象、脉象等之象，试图用现有水平、现

代语言加以解释，表达是什么意义而已。本文谨围绕脏象谈谈浅见如次。

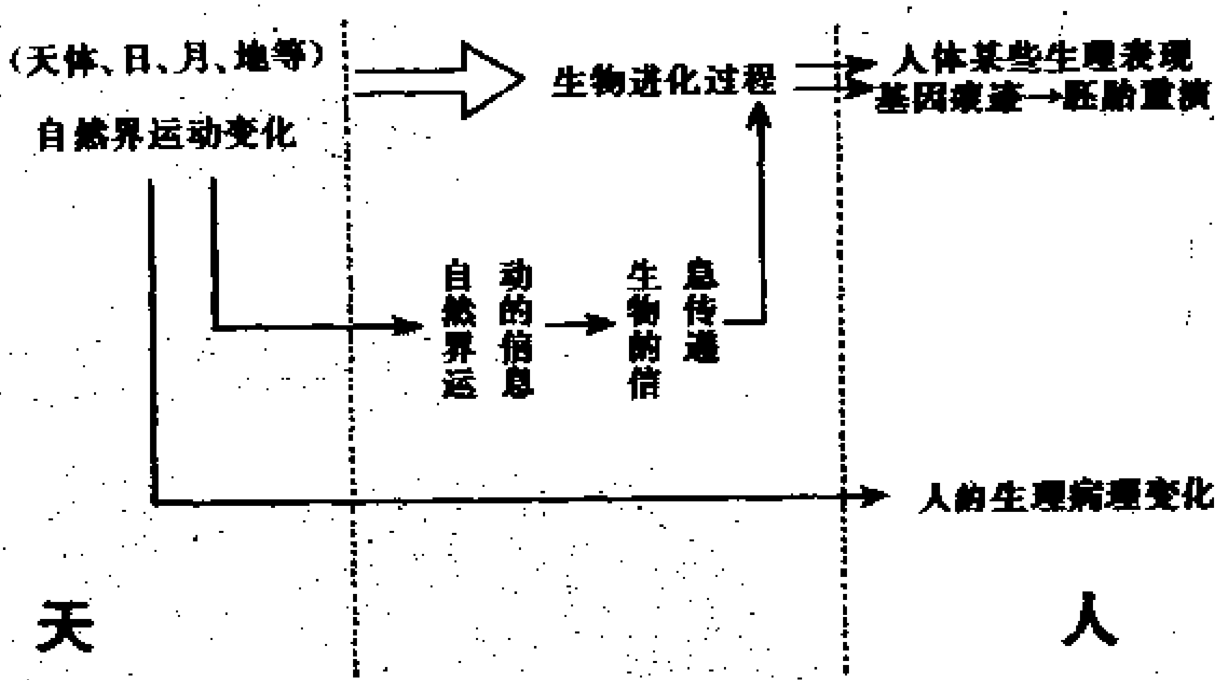
一、“天人相应”的客观途径

据我们现在所知，天人相应确是存在的。美国人类学家沃森的《生命潮流》认为：每个人体内的液体是古代海洋的完美再现，我们血液中的钠、钾、镁和原始海洋里的是相同的。有人认为：每个细胞都象一个微小太阳系，并受天体电磁场影响[4]。国内罗颂平氏报道：妇女群月经的周期与太阴月节同步，即行经期较多集中于月消期前后，排卵期较多靠近月满期。这些现象，是外界环境作用于人的松果体，影响人体内分泌的“微观潮汐”所致（5）。

另一方面，进化论告诉我们，自然界的演变影响着生物的进化．而生物的个体发育的不同阶段，又回过头来清楚地反映了动物种系（亦称系统）的演化过程，德国生物学家海克尔把这种个体发育现象叫“重演论”。不但胚胎发育可看成是生物进化的缩影，人体生理也如此。俄国的梅契尼可夫从海河车这种动物的体液内首先发现白细胞吞噬现象，后来也在人体内找到白血球的吞噬现象，从而倡立了“吞噬虫学说”；而且，病源体的专一与特异性，免疫学上抗体的特异性都与种系进化理论有关[6]。在遗传基因中，也反映了生物进化的“痕迹[7]”。

近年对生物信息传递的研究方兴未艾，包括神经系统、胚胎与生物群体的信息传递等。又如，当人们发现某些外气功治病为低频涨落红外线时，便加大红外线功率作治疗机治病，

结果却无效。后来才考虑到信息疗法：以激光载体把气功信息运载到穴位深部，通过经络、神经、体液的作用以调整控制人体某种失衡的病态，才能使其康复[8]。总之，现代大量的资料提示了天人相应的存在。仅就上面所述，就给我们描划了一个粗浅的天人相应的路线示意图。



天人相应路线图

此图给我们以很重要的提示。自然界与人有相应的关系，从生物的基因到胚胎到人的生理表现的各部分，都有某些对应存在，而非生物界(包括天体、月球等的演变)则自始至终影响着，以信息传递的方式影响着生物及它的进化乃至人类。可以看出，这种天人相应，是从自然界—信息—生物进化—遗传的方式，在漫长的自然发展史中的遗传积累而获得的。换言之，可以把人看成是这个历史进化过程的各种时间层次的总底片，或叫全息照片。可见，中医学的天人相应的思想无疑是反映客观实际的，科学的。张仲景说："人禀五常，以有五脏"一

个禀字，就把天人相应来源于禀受（象禀受于父母一样）的传递与遗传的意义基本表达了。不过，这里的天人相应观却仅提到以阴阳五行作分类与信息传递而已。

二、脏象经络的本源

阴阳五行学说显然不能概括脏象功能，如金的清肃、刚劲不能完全概括肺的功能一样。研究整理中医的脏象经络，有必要从天人相应观出发，重新研究自然界、生物界遗传在人体的各种信息，从发生学、胚胎学、生物比较解剖学、系统演化论等之中寻找与研究，以阐明中医脏象学说的内容与本源。

比如《内经》说："肺外合皮毛"。有人运用比较解剖学生理学的资料，以系统的演化进化发展的理论研究了从蛋白质到单细胞生物、蚯蚓、两栖类……人类，亦显示肺与皮毛的表里相合司呼吸的作用[10]。显示了生物在水的中介下，皮毛与肺的关系，是生物气体交换过程汗孔这旧"气门"与新"气腑"的关系，它们仍随呼吸而共同开合（后世谓遍身毛窍俱暗随呼吸之气而为起伏。气功家们亦有此感受）。这就是相合的由来。说明在生物系统演化史上，肺与皮毛曾是"同功"的器官。若再追溯到较高等的无脊椎动物的呼吸器官是表皮一部分转化形成，或向外突出成为水生种类的腮、或向体内凹成为陆生种类的气管，那么肺与表皮又曾是"同源"的器官。

《内经》认为：膀胱与毫毛相应[11]。但中医概念的膀胱，不仅是解剖学上的膀胱，且是直接排泄水液系统的功能。从生物进化的进程来看，肺呼吸功能进化完善之日，也即膀胱贮尿进化已趋成熟之时，而且到哺乳类，才真正完成后肾、输尿管、膀

胱、尿道的完整尿液排泄系统；生物进化到哺乳类才产生毫毛，且多数有毫毛。可见，尿液排贮系统进化完整与有毫毛的表皮的"相应"出现，并以相应联系的方式、协同完成（哺乳动物）水液代谢的直接排贮的调节，这就是膀胱与皮毛"相应"在生物系统演化史上的意义。人是更进化了的哺乳动物，不例外于此种意义。

总之，生物的肤表，在水中本来有呼吸与排泄两种功能，进化到人类后，仍有着汗津的排泄，保持与膀胱"相应"的联系，并存在着与肺呼吸"相合"的作用，并以此种生物的原始机能的某些内在联系影响着呼吸与排泄。而追溯这种系统演化的由来，虽然离不开生物从水生环境到陆生环境对它的影响，按中医五行术语说是从寒水到燥金对它转变所产生的种种影响。而太阳膀胱的排泄则仍保留着在寒水环境中的某些性质

又如：从动物比较解剖学来看，心脏起源与血管一样，都来自中胚叶的间叶细胞，事实上，心脏就是一段较为膨大、富有肌肉的血管而已[12]。而动物第一个出现的血管是脐肠系膜（卵黄）静脉，当下板的壁在胚胎腹面愈合的时候，二条卵黄静脉愈合而形成心脏，心脏居于脊椎动物身体腹部中央，包到腹系膜内(13)。这就是"心主血脉"、"与小肠相表里"的生物渊源。临床上，在小肠外的神阙穴（脐）拔罐能疏风活血，治疗风疹证就是这一理论及渊源的验证。

生物系统演化也可反映在临床上，如表皮受凉易诱发起支气管炎咳嗽，与它们曾是"同源器官"有关。有人报道急性乳腺炎乳闭初用麻黄汤，一剂知，二剂已。从生物系统演化观点看，乳腺是从汗腺演变而来的，故桂枝汤治自汗又能治乳漏。

对于经络的实质，有人从发生学、结构学上来探讨，认为

与神经节段有关，它来源于胚胎早期三体节的演化而来。美国理查德·康里博士也有这个设想，认为穴位与机体的不同部位和不同机能的相互关系，从某种程度来说可能来源于胚胎上的起源[14]。种种迹象提示，经络很可能是生物在漫长的进化过程中的传导系统，这种生物的古老的传导系统随着进化到人类后，神经、血管系统从中迅速分化与完善到起支配作用，使原来的经络系统居于"二线"地位，但仍能影响着神经、血管的功能，并发挥自己的传导作用。在针灸、气功、特异功能等的情况下，最容易反映它的存在，激发它的功能发挥。我们已经知道，兽医能用针灸治疗家畜，不少动物可以通过针灸治病。但生物学家们对生物的经络传导系统了解尚少，未能对我们了解人类的经络的本源提供更多的参考。生物学界如能在横向联系当中为此作出贡献，将会对中医学的发展有重大的意义。

总之，自然界各种演变与信息过去与现在都影响着生物及其进化与人类。而生物进化历史过程的若干联系仍深刻地蕴藏于人的机体中，传统悠久的祖国医学理论往往与这种生物的原始的联系相吻合，并应用了它，用脏象经络、阴阳气化学说加以解释，对其演化历史与由来却未能加以阐明，值得日后加以研究，并在阐明中加以修改与发展。

三、阴阳八卦五行问题

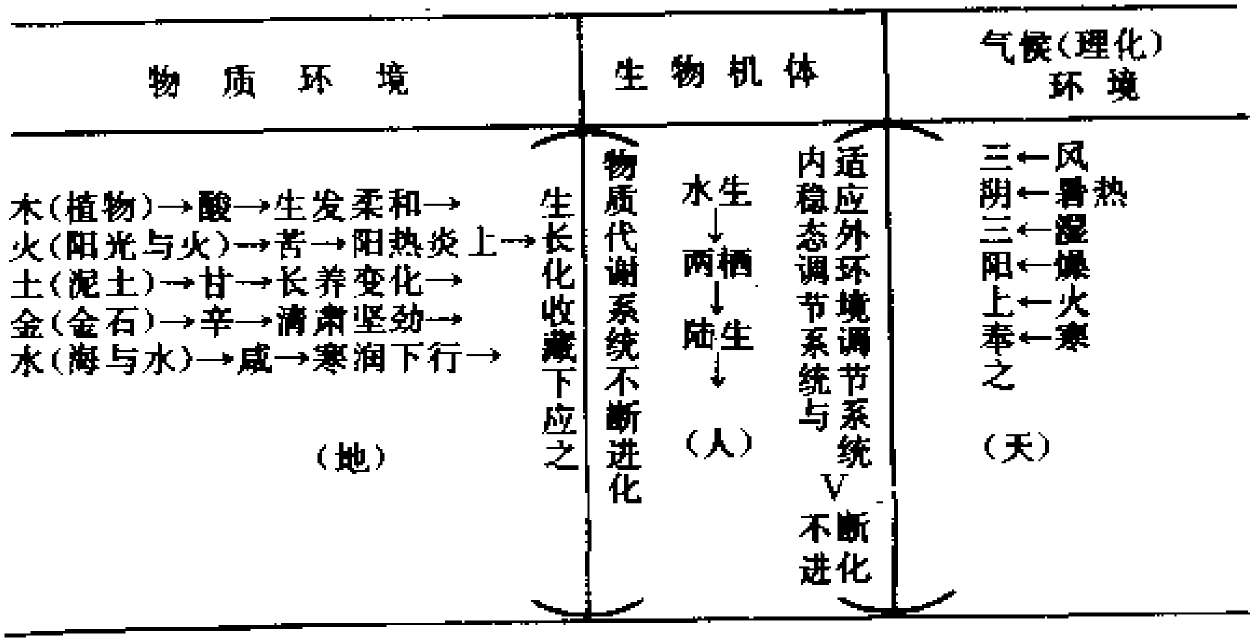
阴阳二字，从文字源流上来理解，有山之北、水之南曰阴，山南水北曰阳之说。山的日照面温热、明亮、气流上升属阳，山的背光面阴暗、寒凉，气流下降属阴。古人便从此

自然现象中把阴阳的属性抽象提出来，发展成阴阳学说。它就象从矛与盾抽象出矛盾论一样，已经升华成一种系统的理论，阐明自然的朴素真理了。试设想，地球不正是在太阳的照射下分出阴与阳、日与夜、寒与热的？并在公转过程中产生四时，在阴阳四时作用之下，地球表面的大气层产生了气流，形成了风暑湿燥火寒六气，生物也就在地球上从无到有，从简单到复杂的衍生出来。故阴阳的属性必然地、无孔不入地渗透到各种自然现象之中及生物界与人的各种生理之中。即所谓“天地阴阳，合之于人[15]”。三阴三阳经脉在肌体中的分布恰就是阴阳演变在生物进化过程中遗留下的线性描述。

太极八卦本是古人观察天地自然规律的科学总结。太极图实际是揭示闭合的空间、无限循环的时间的阴阳消长规律。八卦则是在此规律的指导下，阴阳交感、痞塞、衍化、复合等的多层次图解，并赖以作为认识客观世界未知部分的指南。例如针灸学上的灵龟八法，就是以奇经八脉纳八卦，而每一奇经以每一交会穴作代表，然后运用九宫八卦、日干的演算方法，算出人体气血子午流注的开穴时间，作为临床选穴，用针最佳时间的依据。相比之下，当今人类社会的科技水平尚未能研制出人体气血流注、阴阳消长的探示器，不可谓这不是古人的创举。

五行学说一直在受到人们的批判。丰富多彩的大千世界，为什么就是一分为五呢？它的来源与深奥古朴的河图洛书有关。古人从四时加长夏，四方加中央等这些基本时空数目出发，通过河图洛书这样简练的几何图形运用于各种自然科学的演算之中。五个手指手一双，可能仅是古人五行学说、十进制的数学思维的最初启发而已。实际上，不但一分为五是

可以指责的，一分为二也有人持异议。有人说，为什么不可以一分为三？上下、左右、前后立体空时；过去、现在、将来……的时空观也可以。古印度又有一分为四的理论。而门捷列夫周期表中元素多少？还尚待人类不断发现修正。为此，我怀疑目前争论一分为几是否有必要。因为人类在认识自然界的过程中，必须给自己作某些人为的规定，作为反映客观事物的依据。五行学说是历史遗留下来的，应看作是古人提供给我们的认识自然与人的关系的一种古朴、简易的方法。可以设想，大自然与动物之外，空气是天地间之气，影响天地人关系的介质。古人肉眼见到的自然界是植物（木）、金石（金）、泥土（土）、水与火（太阳）。



天地人相应图

如图所示，机体生命在地上的五行物质环境与天上六气的气候或理化环境下诞生，并在它的不断演变当中进化而来的人类必须适应它，即对五行物质环境“生长化收藏以应之”，对六气理化或气候环境“三阴三阳上奉之[16]”。从而提示了：各种类的生物动物机体主要由于它们的物质代谢系统，适应外环境调节与机体内稳态调节系统不断进化而不同，或说它们的“生长化收藏”与“三阴三阳之气”各不相同。阴阳五行、六气在这里实际上阐明了自然界演变对生物与人的深远影响，这种思想是应予肯定的。另外，仲景说：“人禀五常，因风气而生长[17]”，这就提示了木＝风＝肝的绝对化的理解是错误的，因为五行当中每一行都有整体的影响存在。实际上它把五种自然物抽象出它的物质运动与存在的属性，映射到人与自然的各方面去，就象数学上的映集。这五种对应映射的集合，能否看成是五种大的自然界运动信息与其在人体的存在与反映？从上面天人相应图1来看，否定的结论似应慎重。因为一方面生物到人在自然界影响下的进化过程尚能在人的胚胎发育过程中获得重演，另一方面阴阳五行学说在脏象学中主要阐明互相之间相互依存与制约的协调关系，与西医有此关系的神经—体液学说等尚未找到充足的吻合点以证实。但不排除将来寻找到这种信息传递的过程与具体表现形式以证实它，甚至有很多细项补充它，因为它仅是一个极粗的大分类而已。《内经》七篇大论有不少关于“北方生寒，寒生水，水生咸……”等的论述，若能结合自然演变来理解，也许较为容易。有人争论这是后人补入《内经》的，但这不应成为障碍我们探讨它的真理性的理由，比如我们现在也仍在用许多新学科去补充阐明《内经》的理论体系的真理性。这

些记述，是否上古时的《上经》、《下经》、《太始天元册》等反映史前文明的上古医学的遗文重整？不在此讨论。

小　结

综上所述，天人相应途径研究是医易相关研究链条的中心环节。人体是通过信息与遗传积累来完整记录历史进化过程各个时间层次的全息照片。本文以此作为出发点展述脏象本源论：脏象功能显然是在自然界演变的影响下与生物系统演化遗留下来演化前的联系有关。而这种联系又常是“同源”或“同功”系统，而阴阳演变、五行、六气的自然环境自始至终影响着生物的进化乃至人类，五行主要指它促进机体的物质代谢系统进化。六气主要指它促进内稳态调节系统与适应外环境调节系统的不断进化。考虑到这种影响可能产生的信息储存、遗传积累等因素，故不排除日后在人体内找出这些相应属性的信息传递具体途径及其客观依据。这种体内外的联系与影响是直接的，与脏象的一般功能同中有异。三阴三阳经脉是阴阳演变在生物进化过程中遗留下的线性描述。中医学上的太极八卦是在阴阳消长规律指导下对人体内在功能的预测与应用。

人类社会对人的心神情志的影响与机理，不在本文讨论范围。

从自然演变—生物遗传—人体机理去阐明天人相应观的唯象中医理论可以使人们获得新的客观的理解，使人们认识到脏象经络的本源，也可以找到中西医的某些吻合点为日后认识它的本质打下基础，但需要生物学界等多学科的横向联

合研究才能完成。上述设想是否可行，盼同道们予以指正。

参 考 文 献

〔1〕山东中医学院等：黄帝内经素问校释，上册，346页 人民卫生出版社 1982出版。

〔2〕同上书，142页。

〔3〕张仲景 《伤寒论》序。

〔4〕月亮控制我们的情绪？ 《世界科技》 1981（年刊）。

〔5〕罗颂平 月经周期的调节及其与月相关系的探讨，广州中医学院，79、80届中医研究生论文344—348页。

〔6〕生物学通报 （5）1981。

〔7〕遗传学报 8卷3期221：1981。

〔8〕邓铁涛 新技术革命与中医《新中医》 10，1985。

〔9〕T·C鲁，F傅尔顿 医学生理学和生物物理学上册205—206页 下册8833页 科学出版社1974第一版。

〔10〕李莱田 从系统演化论"肺外合皮毛" 山东中医学院学报（1）1981。

〔11〕河北医学院 《灵枢经校释》下册65页 人民卫生出版社1982年出版。

〔12〕夏康农、郝天和 《脊柱动物比较解剖学》305页 商务印书馆出版，1955年4月初版。

〔13〕同上 336—337页。

〔14〕理查德·康里 一位美国生物物理学家谈针灸疗法 成都中医学院学报（7）56；1985。

〔15〕书同（11），第一页。

〔16〕书同（1）下册850页。

〔17〕成都中医学院 金匮要略选读 第2页 上海科技出版社

1980年版。

注:《说文》:金　意示坚锐物在土中,辞源作坚固之意。为金石,矿石坚硬之物之属。

第二节　阴阳学说的核心——质能态交变律

"阴阳之义配日月"出自《周易·系辞上》,一语道出阴阳之意义渊源。且"易"字本身,即日与月合而为一,具有阴阳动静、阴阳消长、升降变化等意义。千百年来,这种思想渗透到祖国医学的每一领域中去,形成了中医学的阴阳学说理论,并代表着它独特的医学内容,成为中医学理论的基础。在医易研究的领域里,如何进一步以现代语言阐明阴阳的玄奥而深刻的含义,是一个必不可少的课题。

一、日、月与阴阳之义

在科学不发达的古代,全世界的古人都重视天文学,我们的祖先显然是走在前列的。他们"仰观天象",深刻地认识到日月星辰的众多观察对象中,日与月最直接、最主要。"星辰者,所以制日月之行也"《素问·八正神明论》,星辰主要是通过影响日月而发挥作用的。而日与月对于在地球上观察的古人来说,它们在太空中觥酬交错、南来北往,此东彼西、昼夜交替,时空恰恰相反。另一方面,阴阳二字,"山南水北曰阳、山北水南曰阴",阴阳的文字源流反映了古人最初从日照对山水的观察中发现总结出来,代表着明暗、寒热、升降、

动静等自然变化的两类状态的。在那“日出而作、日入而息”的时代，日代表着天之阳，月则代表着天之阴，这是很自然的。因为首先是昼夜交替变化最能代表明暗、寒热、升降、动静的交替变化。一年十二个月的四时变化也如此。日、月、年三种周期的阴阳变化是对人类生命活动影响甚大的切身问题。

二、日、月运行与天地质能态交变

假若再深思一下：月为什么是阴？日为什么是阳？这些自然现象的变化本质上又说明了什么呢？太阳给我们以大量的光和热，对地球上的人类来说，无疑是能量的源泉和化身。月为什么是阴？因为它仅是星球、物质而对地球与人类发挥近距离的优势影响与作用。比如潮汐、月经等。因此，日代表着能态的作用，月代表质态的影响。地球就在此质能影响下周期运动。人类也在此质能态周期变化作用下而有质能态的周期变化，即是质能态交变的周期。这就是天人相应思想。太极图就深刻而又质朴地表达了这种质能态交变周期变化。

然而，众所周知，经典物理学上有能量守恒定律及质量守恒定律，认为能量只能从这种形式转变为另一种形式，但不能增多与减少。质量亦然。另一方面，现代物理学又使我们知道：质量不等于物质，宇宙间能量与物质是无处不在的，与电磁相互作用的量子概念的引入就是例子。而光量子是“没有”静止质量的，道家的“炁”（真空）是物质存在的一种基本形态[1]。在爱因斯坦著名的狭义相对论的公式中，$E=MC^2$，E是能量、M是质量、C是光速。实际上意味着能量与

质量的相互转化。日本著名物理学家板田昌一也承认质能的相互转化。本文的话题是太空中没有不带能量的物质，也绝没有无物质的能量而单独存在。因此仅以质态与能态表示在某一时空的质能何者为主而已。且阳中有阴，阴中有阳。太阳必有物质，月球亦藏能量，是从没有人怀疑的。它们在运动当中相互作用，并对地球作用而产生质能态周期变化而矣。兹从阴阳属性的几点规律分述其意义：

（一）阴阳对立——天地质能态存在的普遍形式

太空中日月星辰，包括地球的存在都是以其能量与物质并存。能量大于质量的作用应属阳，质量大于能量的影响应属阴。但太空中不同的时空、质能态是变化的。宇宙就在这作用与反作用中永存。

（二）阴阳之道与阴阳协调——质能态交变的条件与稳态

“一阴一阳之谓道[1]”，阴阳之道是“天地之道也，万物之纲纪[2]。”但“道”的成立实质上是有条件的，而不是任意万物中之二者。首先它是指天地自然间的事物作为相对独立的系统中相互关联的双方，如太阳与地球等。但牛头与马嘴、汽车与火车不存在阴阳属性关系。阴阳协调更有条件性。日与地协调、实际就是日与地质能态交变的稳态，如日蚀、太阳黑子爆炸太过就是条件受干扰，稳态就受干扰。如地球偏离轨道，稳态就完全破坏。

(三)阳主阴从——能量传递态

阳主阴从,强调了阴阳交感当中阳的主动作用,质能交变态的主导因素也显然是能量的传递。不同时空能量差异,正负能的相互作用导致能量传递。从而出现质能交变态。世界上小若原子,原子核阳电在内,诸电子阴电在外;大如太阳系,太阳属阳在内,各行星属阴运行在外。阳在内、阴在外的客观结构一样,也是阳主阴从的反映。但对人来说,生在日地之间,太阳在上,地阴在下,阳在外,阴在内,是为区别。

(四)寒热、明暗、动静、升降——能态高下的转换

寒热是热能多少的反映,明暗是光能强弱的标志,动静是动能有无的显示,升降是动势能的转换。这些能态高下的转换,也是质能交变态的反映。能态低时质态物影响就大。

(五)阴阳互根、消长、转化——质能态交变律

阳生于阴,能赖质的转化释放;阴生于阳,质赖能的维系与聚散。阳消阴长是能态降低、质态增大,反之同理。阴阳转化是质能态两极化而剧烈交变方式。

(六)阳刚阴柔——质能态的形象化

阳刚是高能态藏于物中之形,阴柔则相反,是低能高质物

之象。

（七）天地质能态与时空

天地间的质能态主要是日、月、地三者时空关系决定的，毋庸解释。因此，质能态反过来又能大致反映日、月、地时空变化。而上为阳，下为阴，上下是对地球而言，实质如上述升降的性质一样，是能态高下的转换，左为阳，右为阴，原指圣人面南而立，左东右西，东升，西降，木升、金降。也指人体左右气机升降。《内经·刺禁论》："肝生于左，肺藏于右"即指此意义。

综上所述，阴阳之义基本上反映天地自然的质能态的。阴阳学说如果说是一种规律，从上述分析中可发现，它的思想核心是质能态交变律。高能低质态为阳，低能高质态即属阴。天地就在此二态互相推荡，周期变换之中。

三、中医学阴阳说的质能态交变律

由于天人相应的关系，天地自然的质能态交变必然反映到人体中来，是所谓天人合一，并首先主要的是阴阳合一。阴阳学说的形成，首先应归功于《内经》的作者，把它渗透到医学科学中来，与医学结成血肉相连的联系，并在实践中充实了它。同时，在医学领域里，中医学阴阳说有它某些特定的内容与涵义。

（一）生理上的质能态交变律

“脏者，藏精气而不泻[3]。”藏精气是人体吸取营养、同化物质、补充机体的过程，也是人体向质态的转化，故脏为阴。“府者，传化物而不藏”[4]，传化物即分解与排泄的过程，是机体异化作用下产生能量，向能态转化的过程，故腑为阳。“气为阳”是因为气是机体功能的标志与反映。机体功能作用意味着能量释放，故为阳。血、精、液为阴，是因为它们是以物质状态充养于生命机体。脏腑功能是同化与异化作用，是质能态交变的过程。气与血、精与液互相化生与依存，同样是质能交变态的过程，而且是治病要取得良好效果就要十分重视的问题。五脏各有阴阳。脏之阴，应是指充养物或代谢产物；脏之气与阳，是其功能或热能释放态。显然，它们彼此作用也是互变互补的。

人以“阴平阳秘”为正常，实质上是指人的质能态要维持某种水平的协调与稳态，就必须质态不多不少，能量储存稳定在质之中。这种质能交变态的整体或局部的稳态破坏，都会成为疾病。

（二）病理上的质能态交变律

“善诊者，察色按脉，先别阴阳[5]”，四诊后的病理可用八纲来归纳，故在此仅着重讨论八纲问题。

寒热：人是恒温的机体，要维持热能代谢的稳定，寒热是机体热能代谢的反映，面红、目赤、高热、口渴、大便秘

结等都是机体热能代谢亢进，消耗水分较多的能态高的表现，故属阳。面白、形寒、肢冷、小便清长、大便清稀等寒症候是机体热能代谢障碍或低下，因代谢消耗的物质或水份潴留而显得原有水平的质能交变态失衡，质态大于能态，故属阴。

虚实："精气夺则虚。"不论气血阴阳，各种虚证都是机体质能态俱低下，或偏质态或偏能态，而归根结底是生命活动障碍而表现出质态为主，故为阴。这与阳主阴从的道理相一致。"邪气盛则实"，实证因邪所致，是致病因子致机体功能亢进以祛除病因的状态。此时，质能交变的总值会高于常值，但能态亢进偏高为主，故属阳。然邪可致虚，正可祛邪，这一矛盾的斗争，常导致症候虚实挟杂、虚实相因。机体的质态与能态此低彼高的失衡与时高时低的稳态破坏状况，恰是质能态交变的反证。

表里：表证属阳，里证属阴，与其说反映病位，不如说反映病势。它本是时空概念，而不是质能态的直接反映。但表证宜解表，必用辛散释能药，故属阳。里证治里，少不了调质药，故为阴。因为对外感疾病来说，表为阳，里为阴，三阳为表，三阴为里。三阳与六腑相联系，是机体在分解排泄、异化作用中释放能量，作为机体适应外界环境调节的需要。三阴为里，与五脏相关联，是机体储存精气，同化物质以维持内稳态的机能，故以质态为主。三阴三阳是表里证病理生理基础。但表里证各有寒热虚实之分，质能态不能于此细论，但表证可转化为里证，里证之邪可以透表，质能态就如此交变着。

（三）治疗——质能态交变的调燮

治疗法则按病理寒热、虚实等施治，毋庸多赘。中药四气五味中，寒热温凉四气就是针对质能态而施用的。五味中辛甘为阳。辛味药含挥发油，直接刺激机体增强释能作用；甘味药多含糖类．糖易释放热能，有补益作用，是补充与促进机体趋向能态。酸味多含机酸，有收敛作用；苦味多含生物碱；咸味多含无机盐，都对能态有相抑制作用的。后三者为阴。五味选用配方，自然可调燮质能交变态。

针灸治疗的原理，是建立在人体的阴阳气血运行与天地阴阳气运行相协调的。这是《灵枢》所谓“阴阳系日月”。因此，任何疾病的产生，都反映在气血阴阳运行失调上，针与灸都是通过刺激机体某穴引起的反应，以调整机体循环，改变机体气血运行的时空偏差而达到调治质能态的。

（四）讨　　论

《素问·气交变大论》指出，天地人无时不在气交变之中。如果说阴阳学说是一种规律，则本文也可以说是从阴与阳的交变律领悟它的思想核心。有人说阴阳学说是一种说理工具，因为它“无所指又无所不指”。笔者则不敢苟同。因为既然我们都承认它的自然哲学性质，固然有“无所指又无所不指”的一面（事实上它是有条件的），但我们不能说哲学思想是“说理工具”，因为哲学的性质本身是一种真理的反映。更何况千多年来，阴阳学说一直有效地指导着我国科技文化的研究与

发展，包括天文、历法、医药等，而说理工具是不可能有此历史作用的。因此可说它是一种古老的自然哲学，是客观存在于天地人间的规律。但时至今日，尚因其玄冥幽微而为后学者所困惑。因此，如何刮垢磨光，用现代语言加以表述是一个值得探讨的问题。近年来，陈立夫先生曾提出从“质能盈虚以代表阴阳”[6]，甚觉精到。唯未见结合中医开展阐述。谨在此，从回顾阴阳之本义及其天文背景开始溯源探流，初步认识到它的实质是阐述天地自然与人的质能态，而阴阳学说的四大规律，其思想核心是质能态交变律。天人合一俱属如此。有人说，当今人类已认识客观世界是物质，能量、信息三元的，为何只提质能概括世界？要知道，信息目前尚未见分阴息与阳息的，正如古人也认识人是三才——精、气、神所形成。阳气与阴精已有定论，唯神却未分阴神与阳神。假若道家把神分阴阳，那么，不能见阳光的鬼蜮当属“阴神”，届时必将是更深的微观层次上的质能态的反映吧了。

参 考 资 料

〔1〕《周易·系辞上》。

〔2〕山东中医学院　河北医学院《黄帝内经素问校释》二册　1982年2月第一版 62 页　人民卫生出版社。

〔3〕同上书本　163 页。

〔4〕同上书本　163 页。

〔5〕同上书本　92 页。

〔6〕陈立夫　中医之理论基础《福建中医药》　1989　20　(1)：3。

第三节　三阴三阳生物源流

阴阳者，“万物之纲纪”。天地之阴阳产生人之阴阳，而人的阴阳也是从生物进化而来。因此，不妨从生物进化史认识阴阳史，即以之认识人类三阴三阳衍生史。

“太虚寥廓、肇基化元。”《素问·天元纪大论》指出了无际的太空从无到有。而从太虚到太极的世界及从太极分两仪，即阴阳，是易学最早提出的基本点。阴阳衍化，一分为三而分为三阴三阳，如从生物进化史来认识的话，单细胞生物到两胚层幅射对称的栉水母动物，尚似阴阳衍化尚未完全衍化。从两侧对称三胚层的扁形动物开始，就产生了阴阳的一分为三的衍化。似由于三胚层的扁形动物开始躯体多平行于地面，阴阳方位渐确立而分化。（见下图）

《素问·阴阳离合论》说：“前曰广明，后曰太冲，太冲之地名曰少阴；太阴之前，名曰阳明；少阴之前、名曰厥阴；厥阴之表，名曰少阳。”综合《内经》及十二经脉所述，人体的三阴三阳是一个左右对称的三层次管状结构。这与三胚层的两侧对称结构是吻合的。如上述，躯体横切面之上是生物之背（向上）、藏三阳二阴，切面之下是生物的胸腹、为二阳三阴，两侧为一阳一阴；外为阳，内为阴。（见下图）

早期的生物三胚层结构，外胚层担任保护和感觉，应似太阳少阴的雏型。内胚层担任消化和吸收。似太阴阳明的雏型。中胚层担任支持、运动和生殖，似少阳厥阴与少阴的机能。但随着扁形动物的进化，中胚层进一步分化发展成肌肉、

进化过程：

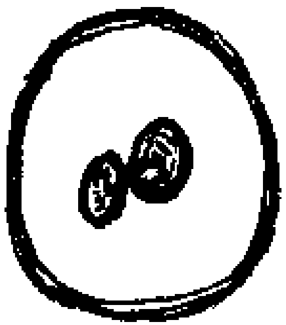
从单细胞生物 ⟶ 栉水母动物 ⟶ 扁形动物

⟶ 幅射对称（两胚层） ⟶ 两侧对称（三胚层）

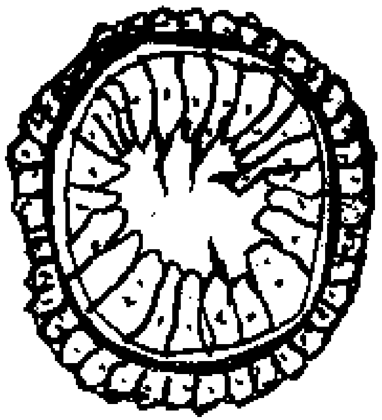


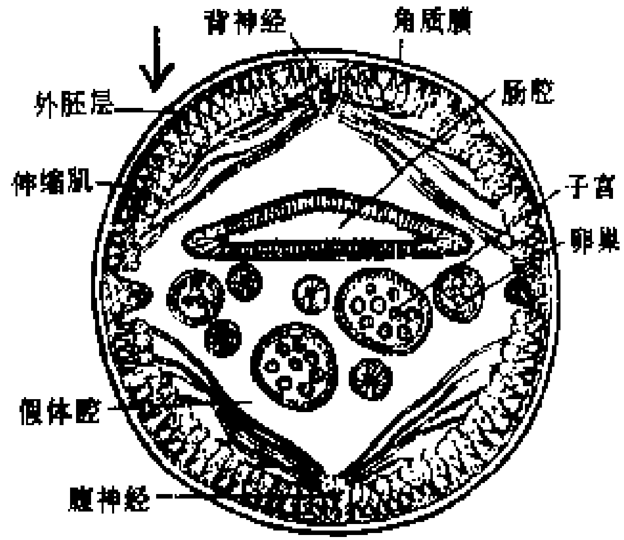


变形虫

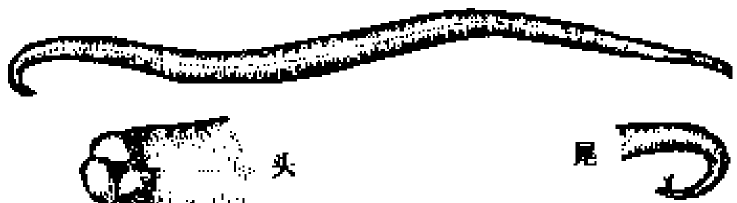


孢子虫

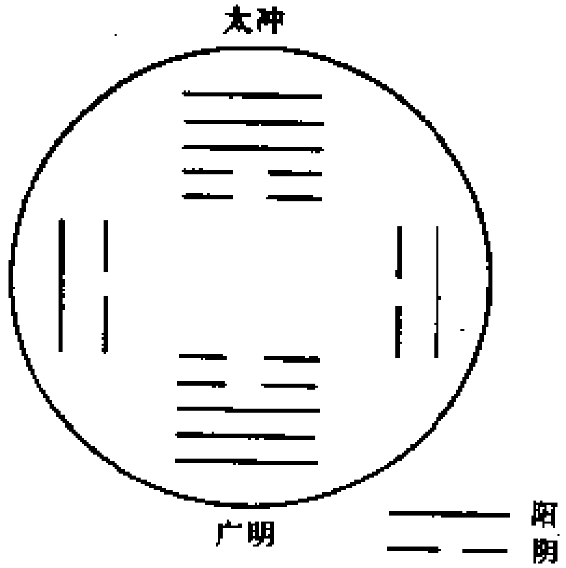




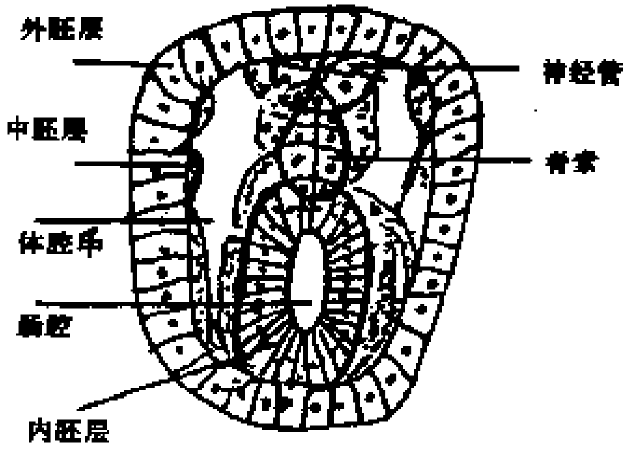
蛔虫的横切面



蛔虫的外形



躯体横切面三阴三阳分布图



上图为文昌鱼胚胎横切面

神经、眼耳、排泄系统等，外则支持外胚层，内则补充内胚层（挟杂着太阴与少阴层次的分化）随着生物进化到人，三阴三阳也在逐步衍化完成，三胚层的基本功能与三阴三阳的关系已有了较复杂的变化。以外胚层的生物体表的演化来说吧：

我们上文已知道，由于远古时代地球上寒冷水漫、炎热干燥等自然环境的演变，使生物进化经历过水生、两栖与陆生三阶段。同时，不论是水中俯游的鱼类或陆上爬行的动物，它们的头项背都是向上，腹朝下的。从这些动物进化而来的人类，头项背属太阳之表，主御寒；腹属阳明之里，主耐燥热；两侧属少阳半表半里，主转枢。太阳病则恶寒、阳明病则恶热、少阳病则往来寒热。而T·C鲁等氏[1]指出：丘脑前侧主耐热，丘脑后则主抗寒调节，两侧为整合调节。这些自然环境的变化，生物进化与人体生理病理，中西医之间如此

巧合，即使只是稍加思考，都会意识到：人体背太阳之表的抗寒调节，起源于原来的水生动物，并与体表的水液排泄系统相联系。体表之前属阳明之里耐热调节，应起源于陆生爬行动物的生活环境，是地热幅射与干旱的环境促成这种调节机制的形成，并与食物干燥化改变相联系。两侧少阳转枢整合调节来源于两栖动物的生活环境，与在水陆两栖环境与寒热交替相联系。进化到恒温的哺乳动物之后，三阳调节也才算大致完成。因此，可以认为，三阳调节大致出现于扁形动物，大致完善于恒温的哺乳动物。外胚层这一原来从太阳（少阴）相似的层次演变成三阳调节俱全的层次，显然是进化过程中生物阴阳太极方位改变与固定所致。此时，三阴调节也应相应于三阳调节产生与完善。即太阴的水液吸收与输送调节，少阴的生命与能量调节，厥阴的营血循环调节完成。例如，从生物进化上看，完成羊膜腔的进化完善生殖系统，是爬行动物彻底摆脱依赖水中生殖到陆上定居最有意义的事件。从生物三阴学说看，这显然是太阴津液储调系统完善到足以把津液输布于肾与冲任生殖系统的标志。

综上所述，我们对于《内经》标本中气学说所说的：太阳之上，寒气治之；阳明之上，燥气治之；少阳之上，相火治之；太阴之上，湿气治之；少阴之上，热气治之；厥阴之上，风气治之。这些论述似有不谋而合的较明晰的理解了。

有人觉得《伤寒论》六经辨证只注重足经、忽略手经，是从《灵枢·根结篇》的基础上发挥而来的。但不知其意义何在。为什么十二经强调足经为根本？但从生物演化史看，生物从两栖到陆生，两栖动物开始出现四肢，蝌蚪是先出下肢，再长上肢的。足在先为根本，上肢只好排第二了。

目前，人体胚胎三胚层结构的演化已颇为复杂。我们显然还不能以胚层的组织结构对等三阴三阳的所在而加以一一确认。这是由于前者在历史上重生物机体形质演化比较研究，后者以取象比类法，“以名命气”的功能抽象演绎，再加上三阴三阳的交叉离合等，使前者远不能满足后者的需要，因此目前还未能用生物进化与胚胎学全部阐明人体三阴三阳理论。但是事实说明，两者之间确有某些吻合点，假若从生物或胚胎的三胚层演化作为追综探讨人体三阴三阳的线索，是可以找到一些尽管是零星的，却是很有价值的吻合点，连结这些吻合点。可以勾划出人体三阴三阳生物本源的粗线轮廓。如果能认清人体三阴三阳的生物演变史，就可以进一步认识十二经脉在生物进化过程的演变。那么，六经辨证、针刺疗法就可以更广泛应用于各种生物，人体科学就获得更彻底的阐明了。

参 考 资 料

〔1〕T·E鲁、F傅尔顿 《医学生理学和生物物理学》 上册205～206页、下册883页 科学出版社 1974年。

第五章　六经辨证系统的外延

第一节　太阳表证的本质假说

太阳是脏腑大量的阳气充盛散布于体表之意，是体表适应外环境调节的主要机能。故曰太阳主表。太阳病是寒邪遏伤表阳，津液直接排贮的调节系统功能紊乱。所谓表寒水津失调，简称“寒水”或“表寒”证。至此，对其本质的认识似已无疑义了，其实不然。如以麻黄汤、桂枝汤为代表方剂的发汗解表法，除治疗常见的感风寒表证外，也可治疗下利、浮肿、黄疸等证。故仅以“表寒证”解释不能令人满意，必须作更深入的探讨以认识太阳表证的本质。

一、从历史概念集合看太阳之表的机能

集合，是现代数学概念，是把任何具有某种属性或抽象的事物（研究对象）作为一个整体，称之为集合。何新氏运用集合论的理论，研究了黑格尔的辨证逻辑理论，提出一种新的逻辑范畴[1]，即历史概念集合。例如，生物（原生物→单细胞生物→多细胞生物→脊椎动物→人类）、植物（种子→芽→花→果实），因此，给它下的定义是：若有一个概念集合 A，其中每一个子概念 A $\{a_1, a_2, \cdots\cdots a_n\}$ 均分别对应于某一客

体A的历史发展过程，而且彼此之间具有递进有序的时序关系。故我们称集合A为关于客体A的历史概念集合。可见，此概念的特点是：一、概念是发展的，有历史的，而非固定不变的。二、概念的发展与客体自身的发展具有对应关系。另一方面，按照生物学"重演论"的揭示，人类从低等生物进化而来，胚胎发育可看成是生物进化的缩影。即：卵细胞相当于单细胞动物，桑椹胚相当于球状的无空腔的群体生物，心脏分膈的变化相当于两栖类和爬行类，胚胎的成熟也就反映了进化到人。这就是说：人胚的发育过程与生物进化的顺序相一致；人胚所反映的每一个子概念都分别对应于若干生物进化这一客体的过程，据此，我们可得出结论：人是关于若干生物进化的历史概念集合。如果以这种观点认识人类的话，我们就可进一步作两点引申：一是把人体细胞当作单细胞生物，把人体组织器官或系统看作是多细胞生物那样的具有某种性质的单细胞集合。二是可设如下的子集：

设太阳是生物体表适应外环境的调节功能，为历史概念集合B，它的每个子项是各种动物体表的适外调节功能，则可得B集合，见下表：

从B集合中可见，低等生物肤表的渗透具有呼吸与排泄水液双重功能，两栖、哺乳动物及人类的肤表在适应外环境的调节中，肺与皮毛相合呼吸，与膀胱相应有排泄水液的作用。可以看作这是从低等生物演变而来的原始式联系，也都属太阳的功能[2]。

	b_1	b_2	b_3	b_4
B (太阳)生物体表适应外环境的调节功能	单细胞生物细胞膜保护细胞、感觉识别、趋性活动，以渗透、扩散进行呼吸与排泄等	两栖动物(蛙)肤表呼吸、排泄、吸收、感觉、分泌、保护等肺呼吸与中肾、膀胱、泄殖肛腔排泄对肤表的协同等	哺乳动物肤表毫毛的保护、保温、感觉，分泌、吸收、散气等，肺与表相合、呼吸调节、后肾、输尿管、膀胱、尿道与肤表相应的排泄、气津调节	人类 同左

二、从组织层次机能对照太阳的机能

按照《伤寒论》六经辨证的三阴三阳概念，人体分表、里、半表半里三大层次。阴阳衍化一分为三，人们不妨联想：细胞的三层次是细胞膜、细胞质、细胞核；生物进化从水生、两栖、陆生三阶段；人体胚胎三胚层；人体组织有上皮、结缔、肌肉三大组织层次。它们之间有否历史影响与联系，姑且勿论。如把人当作若干生物进化的历史概念集合，并从上述第一点引申出发，按照三层次区分，先初步把细胞膜、上皮组织当作细胞或器官的表是较为慎重的。这样，再把它代入上述生物的太阳集合 B，人的太阳就可以演绎成如下 C 集的式子：

C	C_1	C_2	C_3
人的太阳	细胞膜 适外代谢调节	上皮组织 适外代谢调节	人体体表 适外代谢调节

上式提示：细胞膜、上皮细胞、人体体表等适应外环境代谢调节都应是人的太阳这一集合的功能。C_3 是传统解释上的太阳病之太阳，C 集则是更大范围的太阳。这一意外的演绎结果，有必要复习原有的理论作对照。

细胞膜作用：参与机体生命活动，如吸收、分泌、内外物质交换、体液调节、神经调节、生物电、淋巴细胞对抗原的识别、心肌细胞的节律性同步博动等。

上皮组织：被覆上皮有保护、吸收作用，腺上皮有分泌、排泄机能、感觉上皮有感觉等。

太阳主表而统营卫。故以营卫概念与细胞膜、上皮细胞、上皮组织的相应机能作一粗略对照（见下表）。从附表中可以发现，营卫的功能与细胞膜、上皮组织的功能位置与联系颇多吻合。

从附表对照可使我们意识到太阳病及其变证如此复杂、广泛，从恶寒、发热到自汗、小便不利，其人如狂、下利、脉结代等。这显然与其统营卫，参与着机体各种重要的代谢活动有关。

附表　营卫概念及机能与生物相应层次生理机能对照

	营卫概念及其机能	生物相应层次生理机能
卫	行于脉外，循皮肤、分肉之间，发腠理、熏于肓膜、散于胸腹	各细胞膜、细胞衣之间与功能联系，(细胞间隙)
	腠者，是三焦会通元真之处，为血气所注。理者，皮肤脏腑之纹理也	各器官、系统之表层上皮组织与组织间隙
	司开合	细胞膜调节物质进出，上皮细胞的吸收与分泌排泄作用
	温分肉	细胞膜的调节代谢机能(包括产热)
	卫外而为固、充皮肤、肥腠理	保护细胞、组成上皮组织与感觉机能
营	营行脉中，营周不休、津液营血异名同类，均属阴液营养全身	腺上皮组织细胞膜的分泌、排泄作用，如外分泌腺的汗液、唾液、胆汁、乳汁，组织内液→组织外液过程

三、太阳表证本质的假说

太阳表证的病机首先是表寒，包括寒邪在表与表阳不足。匡调元指出：恶寒，是皮肤小血管反射性痉挛缺血。虚寒，是体表皮肤或粘膜静脉血流郁滞，局部体温下降。慢性炎症病

变为渗出炎症细胞，以淋巴细胞和大单核为主。粘膜性分泌细胞活跃，分泌以粘液为主，外观色白等[2]。侯灿认为：寒，中心是产热功能低下所致[3]。因此可以认为：太阳表证主要是体表适应外环境代谢调节的损伤，主要反映在某些上皮细胞组织及细胞膜代谢、分泌机能紊乱及作用于这种机能的调节机理与配合系统的病理改变；是一个从皮肤小血管反射性痉挛缺血、皮肤粘膜、静脉郁血等循环改变，到呼吸、排泄、神经、生化等改变的全身性过程（因太阳是脏腑机能阳气充旺于表的反映）。这里若把机体全部细胞膜、上皮细胞功能都作太阳之表，则尚未把它们处在不同的组织层次加以区别，以及受外寒这一外源性致病因子时将直接和间接侵犯的区别考虑进去。而且也不一定所有细胞膜和上皮细胞的病变都是太阳表证。还有原发与继发的区别等。目前仅能提出的是：在低温环境的外源性致病因子的作用下，机体适应外环境的代谢调节损伤而表现出某些上皮组织或细胞膜的产热、渗透与分泌紊乱为中心的"寒性病理改变"，这应是太阳表证的本质。它能更深入反映表寒水津失调的病理。但是，这仅是建立在集合论最简单的模拟获得的结果而提出的假说。然而，演绎是否正确，或多大程度符合客观实际，还待日后进一步验证。

四、讨　　论

一、众所周知，临床上有不少伤寒杂病，只要病机是表寒水津失调，都可用辛温发汗而解。例如仲景有以麻黄汤、大小青龙汤治疗肾炎浮肿的风水证；葛根汤治下利腹泻；还有"诸病黄家……假令脉浮、当以汗解之，宜桂枝加黄耆汤主

之"之遗训。临床实践也证明，黄疸、水肿、下利等都有可用辛温发汗之处。使人联想到前人"五脏六府皆主表"、"六经都有表证"之谓。结合病理学理解，此种肾炎浮肿或肾小球毛细血管内皮细胞增生肿胀是肾"表寒水闭"；比如黄疸，肝内胆红素返流入血液而不能充分从尿中排出是肝"表寒湿困"；又如腹泻、肠运动分泌失调是脾胃"表寒湿阻"。这些都与病变细胞膜的渗透和器官的上皮细胞、组织的产热与分泌紊乱为中心的一系列病变有关。

二、表，一般指身体体表，即皮毛经络为外表，表证是它的病变，实际上它与脏腑阳气息息相关。所以表证时除体表小动脉收缩，皮肤表现为一时性苍白缺血外，还包括呼吸道为首的五官粘膜症候反应，或者有中枢神经系统的充血或缺血等全身病理的存在[4]。在此说表的集合，仅指机体感受器或效应器所在，表证则连及机体控制系统的失常。但表证是不危及生命的疾病前期。这是临床观察与理论推断的结论。

太阳主表，意指太阳是体表适外调节的主要机能。所谓主要，是因为它本来是体表的抗寒调节系统。太阳表证就是体表抗寒调节系统受损所致的一系列病理变化，故是表寒证。

三、阴阳是一个相对的概念，"数之可十，推之可百"。以全身来说，肌肤为表；以器官或系统来说，也自有它的表，细胞亦然。从分子生物学认识阴阳学说也理无二致。而太阳表证应包括各种层次之表才符合阴阳玄奥的真数，从而更能深刻阐明太阳表证复杂性的根源。

四、历史概念集合是建立在古代杰出的思维科学成就之上的当代思维科学的新花，它属于已广泛应用的模糊集合的范畴。借以认识生物进化与人的关系，并从中弄清太阳表证

这个中医学的概念，看来是可行的，对帮助我们深入到新的认识层次也是有益的。可以展望，用历史概念集合弄清若干关系与中医概念之后，就能进一步为应用模糊集合于中医学的研究而架设好必不可少的桥梁。

参 考 文 献

(1) 何　新　简论历史概念集合，学术月刊　1980；11：10。

(2) 匡调元　中医病理研究。第1版。上海：上海科技出版社，1980；105～106。

(3) 侯　灿　“八纲”病理生理学基础初步探讨。中医杂志　1964；12：32。

(4) 匡调元　中医病理研究。第1版。上海：上海科技出版社，1980；111。

第二节　外感热病统一辨证提纲浅议

伤寒与温病辨证提纲与统一之争论已旷日持久，见仁见智，尚无了期。假若从生物进化这一历史源流上来认识，就可以另辟蹊径。客观地寻找那种辨证提纲赖以存在的生理病理基础的生物演化源流，会较容易为人们所接受，从而避免繁琐而又旷日持久的理论战。

我们已经知道，人体三阴三阳生理调节系统的形成过程贯穿了生物进化的水生、两栖、陆生的全过程。而温病的发病成因所需的环境，显然是陆生或伴以两栖的环境，生物在此环境下形成适应此环境的生理机能，进化完善此环境的防

御系统。针对此环境的生理机能，防御系统的辨证提纲，就是温病的客观的辨证提纲。因此，从生物进化形成的全过程来看，六经辨证的生理病理基础是全方位的，若以温病辨证提纲概括伤寒三阴三阳辨证，显然是不可取的。反之，以三阴三阳辨证系统概括温病的发病与辨证，则是可能的，但需要补充与发展，尽量吸收温病辨证的内容。因为辨证的方法必须依据发病的形成与证候这一客观因素而确立的，而不是凭主观设想的。同时，也必须考虑到生物长期陆生或两栖的生活环境对已在水生环境形成的太阳之表的抗寒调节的影响，从而提出如下必须加以讨论的一些问题。

一是《金匮要略》所提出的"太阳中暍"，该如何认识问题。这里仲师指出了太阳之表也可感暑中热。我们知道，由于太阳之表本身主司散发大量的阳气热气，但又受日射的影响，暑热交迫，阳气郁不能发散、必反从胸内迫于阳明之里，其证汗出恶寒、身热而渴。仲景师用白虎加人参汤清里热佐以益气为治，与阳明病出现四大证治法大致相同，耐人寻味。另外，中暍证"发热恶寒"，"若发汗则恶寒甚"，"小便已洒洒然毛耸"，这里的恶寒与毛耸应同机理，但自然不是寒邪束表所致。而是一方面机体阳气耗伤，同时，太阳之表气化开合的机能不利，阳气受热邪阻遏一时不达而引起的反射。比方，人类突然听到某些尖叫、高频、凄厉之声会也有毛耸，这是鸟禽类动物及某些哺乳兽类遗留给人类的一种竖毛反射。这应是太阳之表抗寒调节基础上新产生的又一种本能反应。这种反应本能导源于进化后期较高等的动物时才形成。

另一方面，风温初起也有微恶风寒症，温病学家吴鞠通认为它是手太阴之表证，自然是有道理的，因为从理论上说：

“六经都有表证”，“五脏六腑皆主表”。从生物源流上来认识，也与上述机理一致，不外也是毛皮开合气机受邪阻引起太阳之表的一种反射。从近年来的研究资料表明：温病卫分证的微恶寒，实质上是其人先内感温热之邪，借太阳之表诱发已矣。故目前治疗外感发热症，既用辛温解表，又用清热解毒以治里、融二者为一炉而成通治之方。这种里热外透的理论与实践目前已较普遍，也使我们很容易解释为何种类繁多的清热凉茶都能预防各种流行疾病，也多数是温病。因此，“有一分恶寒便有一分表证”的提法，一般来说是对的。而对于风温、中暍之“恶寒”则必须意识到这仅是表气不利的反射所致，可佐以风药，却不宜以发汗或散寒为主要的治疗途径。

可以设想，生物从水生进化到陆生之后，干燥的生活环境变异之大，对生物自身的进化影响是很大的。它首先促使生物呼吸从腮、鳔进化完善到肺为主的呼吸，这是生物太阴系统的重大改变。其受外邪致病，也必然从寒水的生物、理化因素转移到干燥空气的微生物与理化因素为主了。在此干燥外环境下，首先必要的是原来太阳之表的阳气的温分肉、充皮肤的卫外功能为加强与太阴肺呼吸的联系，必然与之形成协调一致的反应机能以完善卫外机能，此其一。另外，陆生以后，干燥的陆上食物也必然促进生物阳明系统的产生与演变，才能适应陆生以后“燥气治之”的环境。即消化道、胸、腹在耐热、耐干燥环境下，阳明系统要产生与完善生理与防御机能适应此微生物与理化、气候环境。这是温病赖以产生的环境对生物阳明系统的主要影响。适者生存，生物的阳明系统对此湿热燥的微生物、理化气候环境下，生理功能与防御系统进化完善则适应，则生存。此其二，陆上环境寒热、风

雨变异比水中快，生物必须进化它的少阳厥阴的气津与营血储调的循环系统，此其三。陆生环境对太阳少阴的适外、排泄与生命能量储调影响较少。生物机体如不能适应陆生外环境对这些系统的影响则病。因此，把上述几点综合起来，说明陆生环境促成的卫气营血系统若失调，就是外感温热病赖以形成的病理生理基础。叶天士说："辨卫气营血与伤寒同"，说明三阴三阳辨证是可以渗合卫气营血辨证的。

脊椎动物的进化还趋向于上下分工，引起了三阴三阳手足之分化，而人体的直立，又促使三焦有上、中、下之分。因此，直立以后人体三焦的津液储调机能不能适应外环境而引起失调疾病，应是湿温病的病理生理基础。人类现已进入现代化工业化的社会，环境因污染而已有较多的改变，也必然带来新的外感疾病，同时也要求我们进一步去认识这些新疾病的病理生理基础及新的辨证方法。而不论这些新外感疾病如何发展，其辨证的方法必然是发展了，丰富了三阴三阳辨证的内容而又受其所归纳。

日本藤田氏提出，《伤寒论》是以流感菌、伤寒杆菌等嗜水性强的细菌性疾病为主体，而《瘟疫论》则区分为流感菌、麻疹病毒、肺炎菌、结核杆菌等嗜气性强的细菌性疾病，以及主要由病毒引起菌血症的出疹性疾患[1]。这种对病因学的见解是有卓识的。因为《伤寒论》及其三阴三阳系统导源于生物从水生依始，外邪可从皮毛肌表而入。温病主要来自口鼻而入，从陆生生物开始。少阳厥阴循环调节系统的产生与完善导源于两栖生活，是所谓嗜血性病毒易犯成疾的病理生理基础．藤田氏把嗜气、嗜血、嗜水微生物分类作为气、血、水的病理生理基础，恰能支持我们对外感疾病统一提纲的病

理生理基础的认识。大自然依次造就了生物的三阴三阳系统、卫气营血系统与三焦系统，而人类对外感疾病辨证提纲的认识也依次是六经辨证——卫气营血辨证——三焦辨证。人类对自然客体的认识进程与自然客体自身发展的进程竟如此相一致，确是应验了先哲黑格尔的名言了。而三者结合，恰是全方位的立体的三轴坐标辨证提纲了。

当然，统一寒温辨证提纲未必如此简单即可完成，近年来人们在治疗外感热病的过程中组方常寒热挟杂。以感冒为例，常既用荆芥防风解毒、祛寒，又用银花、连翘、板蓝根清里热而疗效较捷。及所谓“辨证施治以热，寻病用药以寒”“寒药治病，热药治证[2]”，这并非完全出于辨证不准确，而是当代人类疾病外感热病寒热同感，即上文所述，既有从口鼻吸入温邪的潜因，又有受风邪从肌表侵袭的诱因。治疗时不两相兼顾，疗效就不会理想。

中医的外感热病的病因学理论建立在外感六淫之上。而时至今日，六淫之间的辨证与论治从理论到实践都没有充分分化而自成体系。由于历史条件的限制，都未把六淫各邪单独致病的辨证论治体系阐明，更未按《内经》的原旨，六淫对三阴三阳各有亲和性，无论从理论与实践，尚无充分的展开。因此，六淫常交叉致病，混合辨证论治，准确性受影响。原因是历史上的局限，不具备这种分化工作的进行，因此，当代要完成辨证提纲的统一，必然因细目不清而显得困难一些，也只能暂时先粗糙一些，我们的研究也只能耐心与慎重些。

参 考 资 料

〔1〕藤田六郎　气血水病理生理《伤寒论》和《瘟疫论》　日本东

洋医学会志　1979，29（3）：21。
〔2〕贝润浦　论姜春华处理病证关系的临床特点　《中国医药学报》1989，4：47。

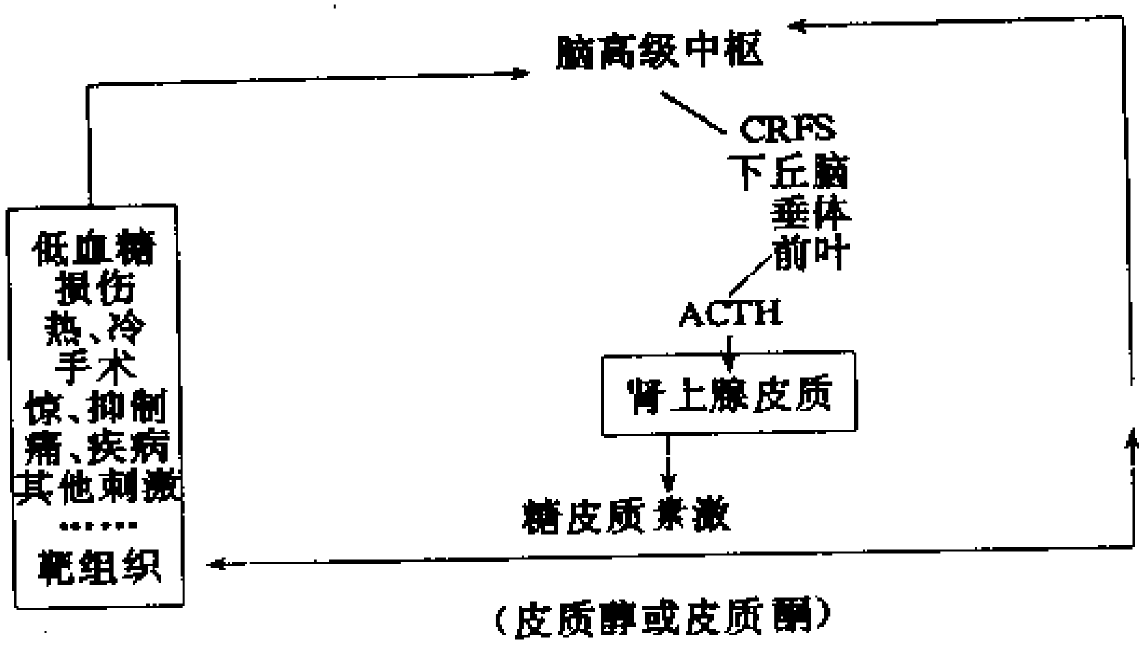
第三节　五行象数模式与象脏功能新义的假说

《内经》天人相应观的思想有一个基本法则，即天人的阴阳五行象数相应。它导源于先圣先观察总结天地自然，再以其方法与结论再观察人总结人。如《素问·五运行大论》说：黄帝“始正天纲、观临八极、考建五常”。然后以天地阴阳五行、六气象数观察总结人。《素问·宝命全形论篇》：“人以天地之气生，四时之法成”。“天地合气，命之曰人”。《素问·气穴论》：“天以六为节，地以五为制。”《素问·金匮真言论》：“人亦应之、五脏为阴、六府为阳。”根据这种天人象数相应的原则，确立人体科学。并以此建立中医学大厦的理论基础．本文试以此方法分析一些生理生化学模式，引述如下：

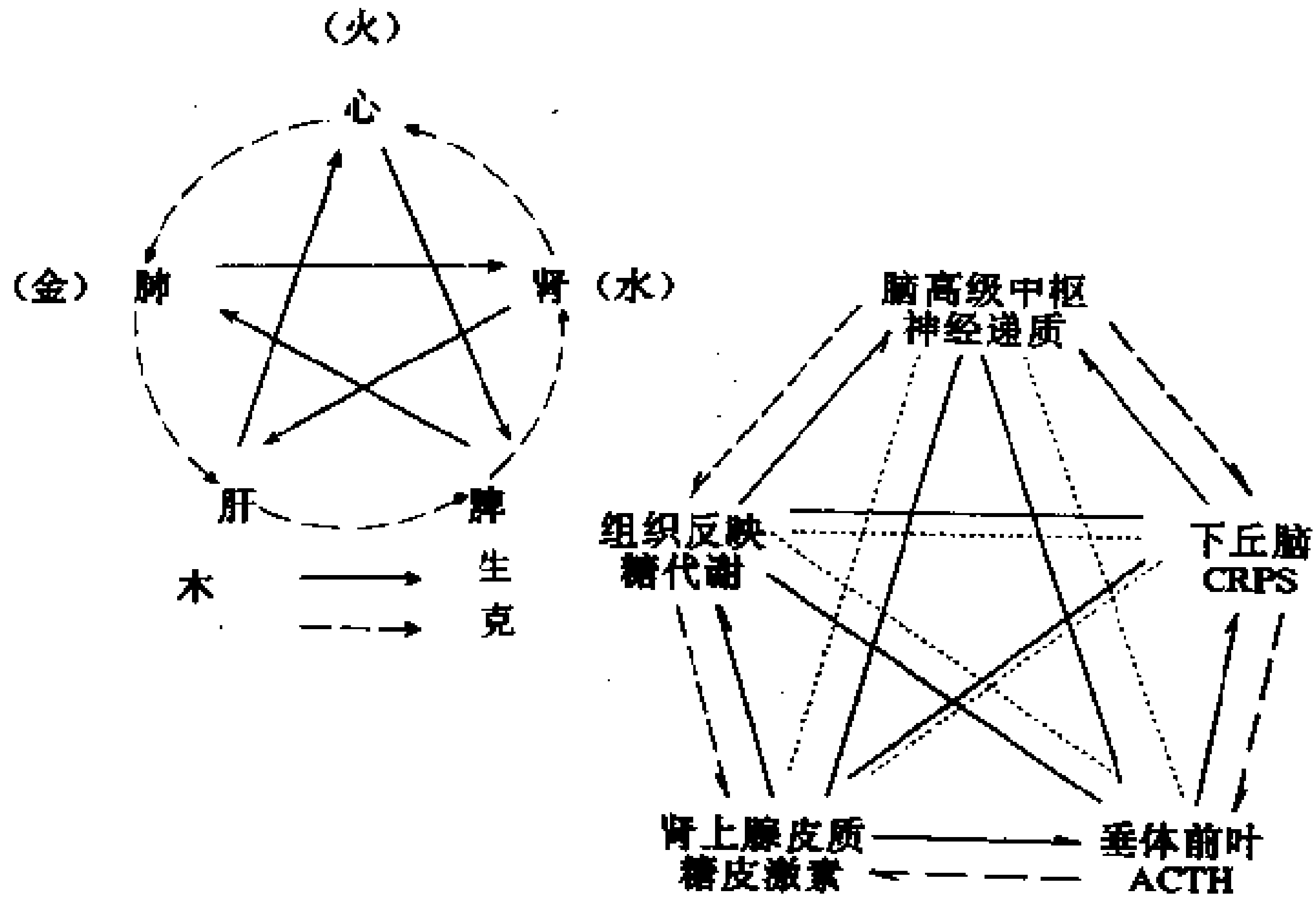
一、生理调节五行模式

季钟朴教授[1]认为，以五行学说阐明人体是一种联系整体观。他引述了台湾大学林建苏教授以五行说明人体、神经、体液学说的五行整体的协调关系。

下图示下丘脑、垂体、肾上腺皮质轴反馈调节靶组织维持糖代谢平衡与五行生克乘侮关系比较。这种对比未必完全



脑高级中枢
CRFS
下丘脑
垂体
前叶
ACTH
肾上腺皮质
糖皮质素激
低血糖
损伤
热、冷
手术
惊、抑制
痛、疾病
其他刺激
……
靶组织
（皮质醇或皮质酮）



（火）
心
（金）
肺
肾
（水）
肝
脾
木
生
克
脑高级中枢
神经递质
组织反映
糖代谢
下丘脑
CRPS
肾上腺皮质
糖皮激素
垂体前叶
ACTH

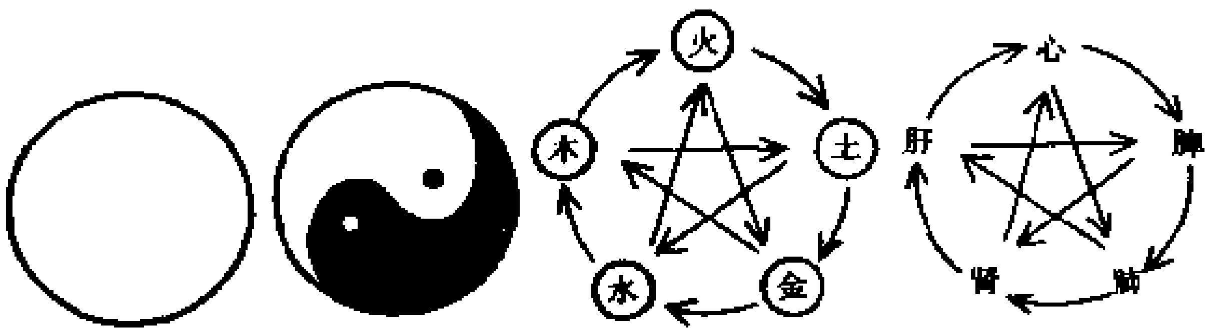
生理调节的五行模式图

正确，但可以肯定机体各部分相互影响和联系的整体观点是极有实用价值和理论意义的，这种观点已越来越被现代生理学所证实。

二、细胞的五行象数模式

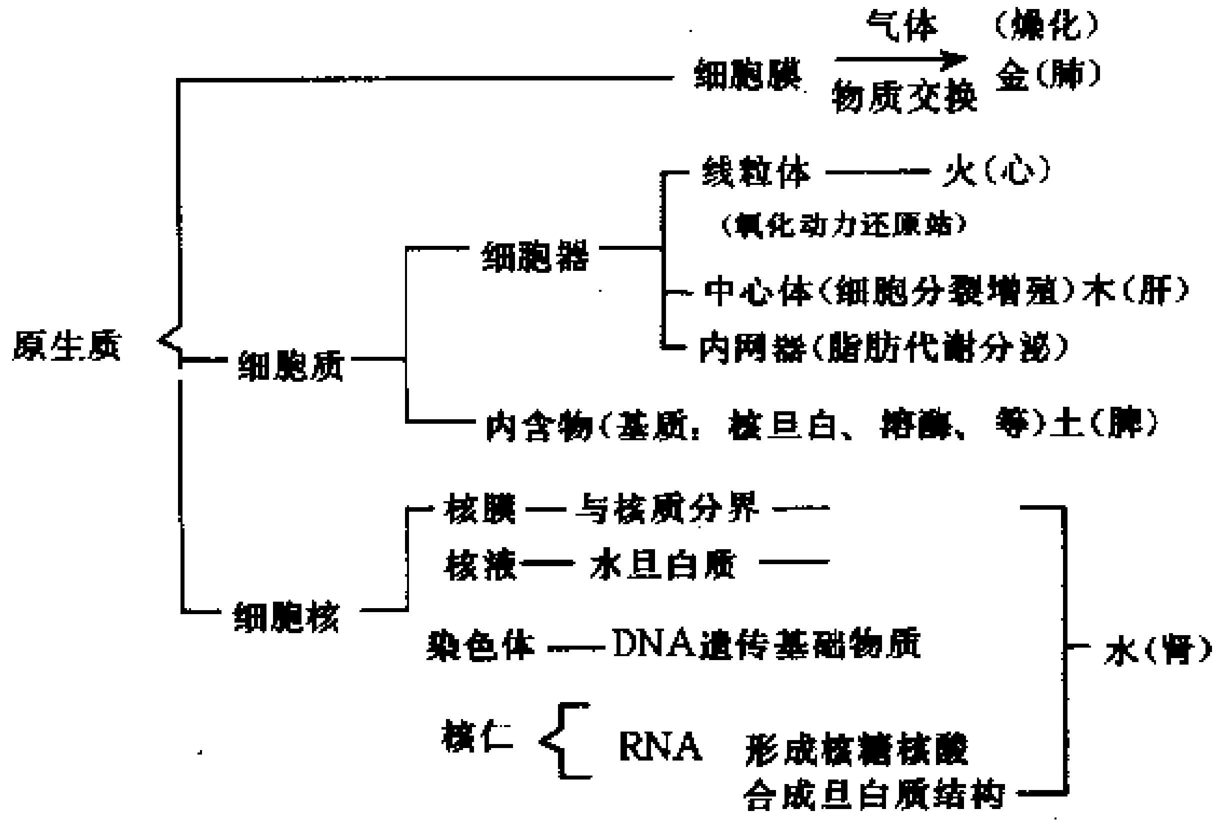
李红昇氏[2]提出了宇宙生命形成三段式，从太虚→太极→五行。并以五行象数分析了细胞学的结构，提出了如下图的五行细胞学模式。

我们还不知道李氏这种分类是否完善，但一般看来是有道理的。例如据西安医科大学刘冶金等研究，心衰病人与细胞线粒体改变有关，即线粒体改变直接影响能量的产生，导致心肌衰竭[3]。如果把实验研究完成，这一假说便可得到完善的验证。



太虚图　　太极图　　五行制化图

宇宙形成三段式图

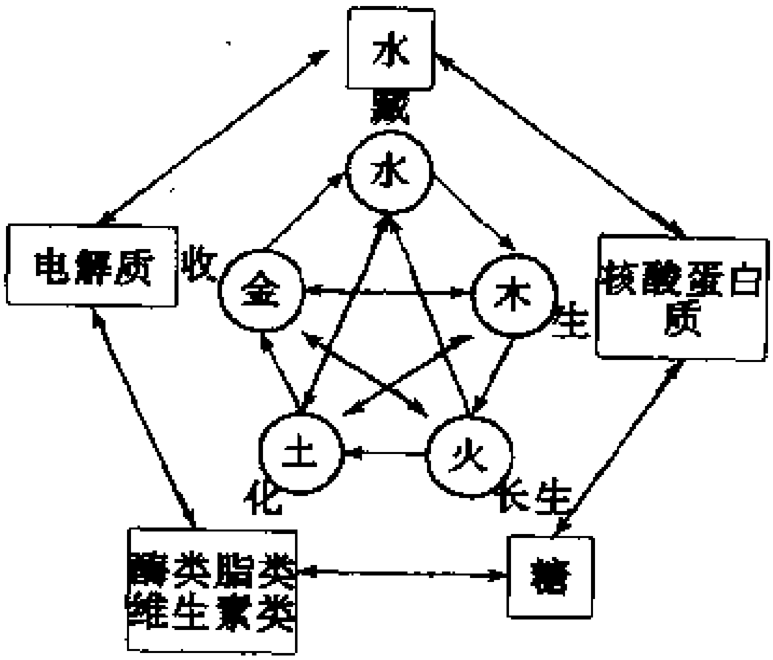


细胞结构五行模式图

三、生物物质代谢的五行象数模式

《素问·天元纪大论》说："寒暑燥湿风火，天之阴阳也，三阴三阳上奉之；木火土金水，地之阴阳也，生长化收藏下应之。"这里提示了机体生命在地上的五行物质环境与天上六

气环境下诞生，并在它的不断演变当中进化而来的人类必须适应它。对天之六气环境“三阴三阳上奉之”，是指生物适应外环境调节系统与内稳态调节系统的不断进化与适应。对地上的五行物质环境，“生长化收藏下应之”，可以理解为生物的物质代谢系统不断进化来适应它。所有的生物、乃至人类均属如此。据此理解，我们试以五行象数分析生物物质代谢，分述如下：



生物物质代谢五行模式图

木：张仲景说："人禀五常，因风气而生长。"[4]禀是禀受，如先天之精禀受于父母一样，大地上的草木，赋予生命机体的“木象”物质，应是核酸与蛋白质，蛋白质是生命形成的最基本的物质基础。有了核酸，生命就开始“生”，它从细胞核分离出来，也存在于细胞质中，或动植物乃至病毒之中，是生命遗传、生长、发育、繁殖的基本物质，故是“生发”的象征。

火：自然界的火，是有机物燃烧氧化释放大量热能，大地赋予生命的火，应是能量。如ATP高能磷酸键所储的能，主要来自糖的有氧氧化。所以糖应是生命之火的物质存在的主要表现形式。

土：自然界的土意味着“备化”，它赋予生命机体的土应是酶类、维生素与脂类物质。因为这些物质也代表着生命机体物质代谢的“备化”，酶是生物中一切化学反应的催化剂，维生素也是各种生命化学反应所必需。酯蛋白酯酶的储存是各种细胞膜运输、代谢等的重要物质，又都能影响或调节着其它四行、生长收藏的太过与不及，所以归属土象。

金：大地赋予生命机体的金石应是电解质。它已是无机盐与有机物的离子状态存在。它影响着酸碱度、渗透压平衡、神经肌肉的兴奋、酶类、激素、维生素的代谢等。对整体代谢意味着一定的降低作用——清肃与收敛。

水：细胞内外水分占60%以上，水是大地赋予生命机体内外环境最基本的物质条件，水孕育着生命机体的存在，是生命机体早期赖以存在的居“藏”之处。又是生命机体在低温外环境影响内环境，使水向冰转化、不能起原有的作用，生命的物质代谢就抑制到近乎中止的“蛰伏”状态，也是水的“顺静”状态的水象。

木火土金水五行相生相克而成天地的制化，生长化收藏相反相成而使生命适应自然界的制化而生存。生命机体的蛋白质与核酸、糖、酶与酯类、水、电解质五大类物质的代谢也必然是互相转化又互相抑制，从而达到有序→协调→平衡。旧的平衡打破后，又重新出现有序→协调→新的平衡。这就是新陈代谢。我们还不能肯定目前人类对生物化学的认识是

否完善，但相信整体依存制约观的五行象数模式的合理内核，会随着认识的深化而给予它的正确性以一定的评价。

四、天人五行象数相应的脏象新模式

《内经》著述时代，对人体的脏腑学说曾有过争论。有认为是以脑髓为脏，有认为是以肠胃为脏，莫衷一是。《内经》的主要权威发言人岐伯，最后确立了脏腑命名的原则："所谓五脏者，藏精气而不泻也，故满而不能实。六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也[5]。"而确立这一原则的出发点是六腑"天气之所生也，其气象天"。五脏象地，并依据这一象数原则否定以脑髓或胃肠为脏。并提出奇恒之腑的概念与设想。象数原则体现于脏象学说很多。如《刺禁论》说"肝生于左，肺藏于右；心部于表，肾治于里"。显然不是从解剖而来，而是指脏器的气化功能所在，也是从五行气化分布推演而来，正由于此，晚于《内经》成书的《难经》在四十二难中对脏腑的解剖知识记载，反而一直得不到后世学者的阐明与发展，从而不能成为中医学理论的主要基础。

《内经》对藏象命名的论述与概括，笔者认为可从生命机体新陈代谢去理解，五脏"藏精气而不泻"是机体吸取营养、同化物质、补充机体的过程，也是人体同化作用的主要体现，故为阴，通地气。六腑"传化物而不藏"，传化物即分解与排泄，是机体的异化作用，释放能量，故为阳、通天气。脏腑功能一阴一阳是同化与异化作用的协调与平衡。

我们把《内经》关于确立脏象学说的原则与其阴阳五行象数模式联系起来，就会得出下述的横列表。把这种模式延

长线伸延到现代生理生化学知识中去，也许将是脏象学说较好的放大镜，为我们深化认识脏象学说开辟一条新的思路，从而也为提出新的脏象学说的假说奠下基础。

附表如下：

五行名	義义	生态之象相应	细胞之象		物质代谢	肢体	五脏	脏功能
木	敷和（敷布阳和之气）	生	中心体 内网器 高尔基复合体	细胞分裂增殖 蛋白合成运输 加工储备分泌	核酸 蛋白质	筋	肝	出谋虑 藏血、喜条达 主疏泄
火	升明（升发光热）	长	线粒体	细胞供能中心 动力工厂	糖	脉	心	主神明 主血脉
土	备化（润泽化万物）	化	内含物如核蛋白、基质、溶酶体等	细胞生命活动基本粒子酶蛋白等细胞内代谢防御活动等	酶类 脂类 维生素	肉	脾	主运化 统血、主四肢
金	审平（平顺稳定）	收	细胞膜	屏障、门户、识别环境、激素、免疫、代谢、运输、扩散	电解质	皮	肺	主气、司呼吸 通调水道
水	顺静（清静随顺）	（固藏）藏	核膜 核仁 核液 染色体	遗传、支撑（坚固）	水	骨	肾	藏精、主骨 生髓 主水液

参 考 资 料

〔1〕季钟朴　略论中医学生理学的指导思想　《中西医结合杂志》1986，6（特）：60。

〔2〕李红昇　细胞模式结构与中医生理学基础“全国首届唯象中医学学术研讨会论文”　1989年4月南京。

〔3〕刘冶金等　心衰与细胞线粒体有关　《健康报》1990年6月28日。

〔4〕张仲景　《金匮要略·脏腑经络先后病脉证第一》。

〔5〕《素问·五脏别论》。

知盈医学资源网 WWW.KNOWWING.COM





焦点图片

站内统计 | 站内公告

- 共有资源数量
- 今日更新资源: 1247 44 个
- 资源总的容量: 44.955 G
- 共有书籍数量: 1084 本
- 共有动画数量: 20 个
- 共有文献数量: 100 个
- 共有视频数量: 63 集
- 当前在线人数: 1

下载更新 more

[中医经典]俞长荣伤寒论研究与临床带教	2012-06-22
[中医经典]舒驰远伤寒集注	2012-06-22
[中医经典]伤寒质难: 火神师门问答录	2012-06-22
[中医经典]伤寒论三部六病师承记	2012-06-22
[中医经典]冯世纶经方临床带教实录 第1辑	2012-06-22
[中医经典]陈伯涛仲景方与临床	2012-06-22
[特殊疗法]穴位敷药巧治病 上册	2012-06-22
[中医医话]中医与传统文化	2012-06-22
[中医古籍]中医新论汇编	2012-06-22
[中医古籍]医家秘奥(周慎斋学派传学之秘本)	2012-06-22
[名老中医]闻过喜医辑	2012-06-22
[基础理论]民间师承中医学	2012-06-22
[名家学术]临证碎金录	2012-06-22
[中医医话]不传之秘——中医师是怎样炼成的	2012-06-22
[中医经典]《伤寒论》疑难解读	2012-06-22
[名家学术]名师与高徒（一）	2012-06-22
[特殊疗法]穴位敷药巧治病 下册	2012-06-22
[经验荟萃]中国传统医疗绝技全书	2012-06-22
[药膳食疗]中国各民族民间药食全书	2012-06-22
[中医秘方]中国传统医学神针妙手奇方	2012-06-22

推荐下载

- 脏腑病机组方
- 腰椎间盘脱出症最新诊断和治疗方
- 天台山道家功夫整脊图解
- 国外整脊技术
- 湖湘名医典籍精华.伤寒金匮卷 上
- 湖湘名医典籍精华.内科卷
- 中国历代医学典 八
- 中国历代医学典 五
- 中国历代医学典 一
- 湖湘名医典籍精华·外科卷 针灸
- 针灸腧穴与刺法发挥
- 健康饮食保健百科
- 高血脂吃喝调养有妙招
- 高血压就要这样吃
- 吃对食物降血糖
- 合理饮食轻松降血糖（下）糖尿病
- 合理饮食轻松降血糖（中）食品交
- 合理饮食轻松降血糖（上）饮食治
- 对症药膳：滋补、调理、祛病专家
- 常见疾病与饮食宜忌

中医书籍 more

- 俞长荣伤寒论研究与临床带教
- 舒驰远伤寒集注
- 伤寒质难: 火神师门问答录
- 伤寒论三部六病师承记
- 冯世纶经方临床带教实录 第1辑
- 陈伯涛仲景方与临床
- 中医与传统文化
- 中医新论汇编
- 医家秘奥(周慎斋学派传学之秘本)
- 闻过喜医辑
- 民间师承中医学
- 临证碎金录

养生书籍 more

- 穴位敷药巧治病 上册
- 穴位敷药巧治病 下册
- 中国各民族民间药食全书
- 解密中国人的九种体质
- 九种体质使用手册
- 图解九种体质对症养生
- 知足者常乐：对症治疗足部按摩保健图典
- 实用穴位疗法全书
- 大国医3:国医大师百病防治良方1000例+养生十八...
- 观舌知健康
- 中医如此神奇之药酒药茶
- 中医如此神奇之四季养生

本月下载排行

1. 海外回归中医善本古籍丛书（续
2. 周次清——中国百年百名中医临
3. 李玉奇——中国百年百名中医临
4. 杨继荪——中国百年百名中医临
5. 难病奇方系列丛书第二辑：云南
6. 中医基础理论笔记图解
7. 张缙——中国百年百名中医临床
8. 米伯让——中国百年百名中医临
9. 王国三——中国百年百名中医临
10. 承淡安——中国百年百名中医临
11. 刘仕昌——中国百年百名中医临
12. 叶熙春——中国百年百名中医临

医学视频 more

- 如何防治颈椎病
- 气血养生法-不生病的智慧
- 内火归经
- 拿什么来拯救我的'腰'
- 克服春困
- 惊蛰养生（下）

医学动画 more

- 阳维脉循行图
- 阴维脉循行图
- 阳跷脉循行图
- 阴跷脉循行图
- 带脉循行图
- 冲脉循行图

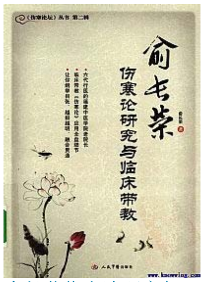
本周下载排行

1. 海外回归中医善本古籍丛书（续
2. 刘炳凡——中国百年百名中医临
3. 夏桂成——中国百年百名中医临
4. 赵心波——中国百年百名中医临
5. 干祖望——中国百年百名中医临
6. 刘云鹏——中国百年百名中医临

- 惊蛰养生（上）
- 传染病学（中国医科大学 24集）
- 健健康康过大年（一）春节让我们吃出健康来
- 健健康康过大年（二）心脑血管病病友健康过年...
- 健健康康过大年（三）糖尿病病友健康过年全提...
- 健健康康过大年（四）少饮酒多健康

- 任脉循行图
- 督脉循行图
- 足厥阴肝经循行图
- 足少阳胆经循行图
- 手少阳三焦经循行图
- 手厥阴心包经循行图

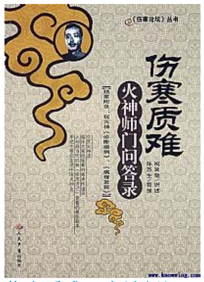
7 中國醫學大成35.眉寿堂方案选
8 中國醫學大成23.一草亭目科全
9 海外回归中医善本古籍丛书（续
10 黄坚白、傅方珍——中国百年百
11 许玉山——中国百年百名中医临
12 石筱山、石仰山——中国百年百



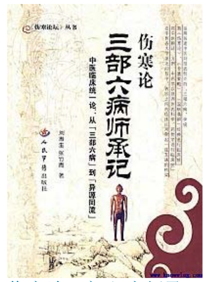
俞长荣伤寒论研究与



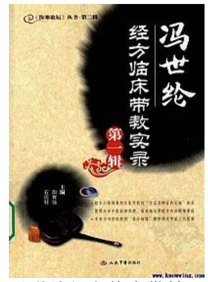
舒驰远伤寒集注



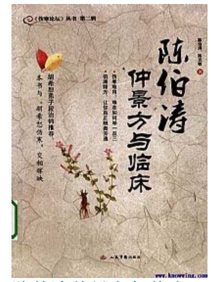
伤寒质难：火神师门



伤寒论三部六病师承



冯世纶经方临床带教



陈伯涛仲景方与临床



穴位敷药巧治病 上

首页连接(首页连接日IP>15000,次页连接无流量限制,欢迎合作连接!)

华夏中医网 华夏中医论坛 华夏医学视频网 华夏中药店 绵阳药品批发网 更多链接 更多链接 更多链接 更多链接 更多链接

按字母检索	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
按声母检索	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	W	X	Y	Z	数字	符号	

Copyright © 2008-2012 **KnowWing.Com**. All Rights Reserved .
页面执行时间：632.81250 毫秒
Powered by：Www.Knowwing.Com

关于本站 | 网站帮助 | 广告合作 | 下载声明 | 友情连接 | 网站地图